

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso

Universidade Fernando Pessoa

Autor: José António Gonçalves Carreira

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2008

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso

Universidade Fernando Pessoa

Autor: José António Gonçalves Carreira

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2008

Autor: José António Gonçalves Carreira

Dissertação de Mestrado: *Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso*

Orientador:

Professor Doutor João Casqueira

Co-orientador:

Professor Doutor Paulo Castro Seixas

“Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Trabalho Social”

RESUMO

Num contexto de globalização e de desenraizamento cultural e afectivo a população idosa, que representa uma faixa populacional em crescimento nos países desenvolvidos, tem apresentado carências múltiplas ocasionadas pelo abandono e pelos maus-tratos em ambientes hostis, que acompanharam o êxodo das populações do interior para as grandes cidades. Perdidas as referências e o poder simbólico de quem mantinha a casa com o seu salário, o velho de hoje, tido como sobranceiro, soma à sua solidão os maus-tratos numa qualidade de vida que se perde e não se recupera.

Este estudo, ao tomar como objecto sociológico a população idosa em situação de risco e problematizar todo um conjunto de variáveis que interferem na sua caracterização, começa por levantar algumas questões para as quais urge encontrar resposta. Como humanizar esta 3ª. e 4ª. idades que estão a revelar-se, cada vez mais, agressivas do ponto de vista social e humano? Como definir maus-tratos e como os identificar? Como os prevenir? Como proporcionar aos nossos idosos uma qualidade de vida gratificante?

Recorrendo a modelos e a um quadro conceptual exaustivo, procurou-se, do ponto de vista metodológico, suportar o estudo numa forte componente teórica, a partir duma investigação fundamentada em bibliografia e pesquisa digital, quer a nível global, quer respeitando apenas a realidade portuguesa. Relativamente a esta última, foi também estudada a legislação que é actuante no caso dos maus-tratos sobre os idosos.

Nas considerações finais foi relevado o papel da formação dos técnicos sociais directamente envolvidos na prestação de cuidados aos idosos e a necessidade de criar condições para que esta fase da vida seja vivida de forma tão útil e produtiva quanto possível.

PALAVRAS-CHAVE: MAUS-TRATOS PREVENÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS, FORMAÇÃO PROFISSIONAL, TÉCNICOS SOCIAIS.

ABSTRACT

In a globalized and cultural and affective loss context, the elderly population, which has increased in developed countries, has shown multiple needs occasioned by the abandonment and abuse in hostile environments, accompanying the exodus of the population from the interior to big cities. Having lost all reference and symbolic power as household providers, today's elders, as remainders of society, are lonely and abused, whilst losing their quality of life in an irrecoverable way.

This study aims at the sociological object of the elderly population at risk and at a group of variables which interfere with its definition. It starts by raising some issues which need an immediate response: how to humanize these 3rd and 4th ages which have become more and more aggressive from a human and social point of view? How to define abuses and how to identify them? How to prevent them? How to provide our elders a gratifying quality of living?

Through different models and an exhaustive conceptual framework, this study upholds a strong theoretical component from a methodological point of view. It is based on bibliographical and digital research, and focuses on the worldwide reality as well as on the Portuguese one. The legislation used in elderly abuse cases was also studied in the last part of the work.

The conclusion emphasises the role of training of the social technicians directly involved in caring for the elderly, as well as the need to create conditions so that this stage of life can be lived as useful and productive as possible.

KEY WORDS: ABUSE, PREVENTION AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERS, PROFESSIONAL TRAINING, SOCIAL TECHNICIANS.

RÉSUMÉ

La population âgée, qui représente une proportion croissante de la population dans les pays développés, est confrontée à un contexte de mondialisation et de déracinement culturel et affectif. Cette population présente par ailleurs de multiples carences causées par l'abandon et par les mauvais traitements dans un environnement hostile résultant de l'exode des populations de l'intérieur du pays vers les grandes villes. Dans la mesure où il a perdu ses références, et le pouvoir symbolique de celui qui entretenait la maison à l'aide de son salaire, le vieux d'aujourd'hui est considéré comme un poids mort — accumulant solitude et mauvais traitement d'une manière qui rend sa qualité de vie non seulement perdue mais encore irrécupérable.

Cette étude, en prenant comme objet sociologique la population âgée en situation de risque et en problématisant l'ensemble des variables qui interviennent dans ses caractéristiques, ébauche certaines questions pour lesquelles il est urgent de trouver des réponses : comment humaniser le troisième et quatrième âge qui deviennent des moments de plus en plus agressifs socialement et humainement ? Comment définir les mauvais traitements ? Comment les prévenir ? Comment communiquer à nos personnes âgées une qualité de vie gratifiante ?

En ayant recours à des modèles et à un cadre conceptuel exhaustif, on a cherché — au plan méthodologique — à appuyer cette étude sur une forte composante théorique, basée sur la recherche de ressources bibliographiques et digitales aussi bien au niveau global qu'au plan de la réalité portugaise. Relativement à la réalité portugaise, la législation a été étudiée, car elle joue un rôle spécifique dans le cas des mauvais traitements contre les personnes âgées.

Dans les considérations finales, l'étude relève le rôle de la formation des techniciens du social directement impliqués dans la prestation de soins aux aînés, et la nécessité de créer des conditions afin que cette phase de la vie soit vécue de forme aussi utile et productive que possible.

MOTS-CLÉS: MAUVAIS TRAITEMENTS, PREVENTION ET QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES, FORMATION PROFESSIONELLE, TECHNICIENS DU SOCIAL

Agradecimentos

É chegado o momento de dirigir alguns agradecimentos. No decorrer deste longo período, que culminou com a defesa desta dissertação de mestrado, contei com o apoio e estímulo de algumas pessoas e com a colaboração de um conjunto de entidades, sem as quais este trabalho não seria com toda a certeza o mesmo. Destacar nomes é sempre uma tarefa, algo complicada, pelo risco que apresenta, na medida em que alguns poderão ficar injustamente esquecidos. Neste sentido, deixo a todos, desde já, o meu «bem-haja».

Ainda assim, gostaria de fazer alguns agradecimentos específicos.

À minha **família (mãe, irmã, cunhado e sobrinha)**, um obrigado infinito! Ao meu cunhado, concretamente, um forte abraço pelo árduo trabalho de tradução da língua alemã para a língua portuguesa de alguns textos que seleccionei e que se revelaram fulcrais no caminho percorrido.

À **Marlene**, amiga e companheira, que funcionou sempre como força motivadora para a prossecução do trabalho. As nossas conversas funcionam sempre como verdadeiras sessões terapêuticas para a vital renovação de energias e continuação do trabalho.

Aos meus orientadores, os **Professores Doutores João Casqueira e Paulo Castro Seixas**, pela disponibilidade, conselhos, transmissão de saberes, incentivos, confiança e Amizade.

À **Lídia**, uma amiga da blogosfera, que muito me auxiliou na resolução de problemas que foram surgindo ao longo do processo de construção de todo este trabalho. O seu optimismo e constante incentivo foram fundamentais para que pudesse chegar até aqui e quem sabe...talvez iniciar uma nova etapa...

Índice:

<i>Introdução</i>	1
Capítulo I – Contextualização e diagnóstico da questão	6
1.1. Contextualização dos maus tratos ao idoso	6
1.2. Definição dos maus tratos	7
1.3. A violência social	33
1.4. O problema do silêncio das vítimas	39
1.5. Teorias explicativas dos maus tratos	42
Capítulo II. Impacto dos maus tratos na qualidade de vida do idoso	47
2.1. Noção de qualidade de vida	47
2.2. Qualidade de vida <i>versus</i> envelhecimento activo	49
2.3. O papel do trabalho social na promoção da qualidade de vida do idoso	53
2.4. Aspectos éticos do trabalho social – contributo para a promoção da qualidade de vida	60
<i>Capítulo III. Construção de medidas de intervenção no mau trato ao idoso</i>	66
3.1. Prevenção	67
3.2. Informação	69
3.3. Educação através de programas específicos na Escola	72
3.4. Educação através dos meios de comunicação.....	74
3.5. As potencialidades da Internet	75
3.6. A prevenção da exclusão social.....	79
3.7. A importância da formação	80
3.8. A relevância da detecção.....	82
3.8.1. Sentido da detecção	82
3.8.2. Detecção por parte dos profissionais	85
3.9. Identificação dos factores de risco	86
Capítulo IV. Medidas de intervenção para-jurídicas e jurídicas	90
4.1. Enquadramento legal	101
4.2. Os maus tratos a pessoas idosas: uma questão de direitos humanos.....	109
4.3. Novos modelos de intervenção	116
4.3.1. Animação Sociocultural	117
4.3.2. Mediação e Resolução de Conflitos.....	119
Considerações finais	121
Bibliografia:	123
Webgrafia:	135

SIGLAS

AFPAP – Associação Francesa de Protecção e Assistência às Pessoas Idosas

APA – Associação Americana de Psicologia

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CRP – Constituição da República Portuguesa

ECOSOC – Conselho Económico e Social

EP – Envelhecimento Produtivo

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDA – Gemeinschaft Altenhilfe GmbH

HV – História de Vida

IAG – Associação Internacional de Gerontologia

INE – Instituto Nacional de Estatística

INPEA - Rede Internacional de Prevenção do Abuso e Mau-trato das Pessoas Idosas (INPEA)

LCI – Linha do Cidadão Idoso

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNAI - Plano Nacional de Acção para a Inclusão

QDV – Qualidade de Vida

SEGG - Sociedade Española de Geriatria y Gerontología

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UNESCO - Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura da ONU

WHO – World Health Organization

“A maioria dos idosos não vive, existe. E, existir sem ser visto, é uma espécie de morte.”

Josias Gyll

Introdução

Nas sociedades desenvolvidas, o aumento da esperança média de vida tem implicado também um aumento acentuado da população idosa com os problemas inerentes que esta nova situação implica.

As estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que, em 2025, o número de pessoas idosas (60 ou mais anos) no mundo duplicará, passando dos actuais 600 milhões para 1200 milhões. Os dados indicam ainda que em cada 2 milhões de pessoas que completam 60 anos, 80 % vivem em países desenvolvidos. Portugal não é excepção a este quadro demográfico que ilustra o rápido envelhecimento da população. Giddens (2004), apelida este fenómeno de “agrisalhamento da população”, enquanto Peterson (1999) se refere a esta transformação como uma “alvorada grisalha” (no original: *Gray Dawn*).

O fenómeno do envelhecimento demográfico assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e a fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos. Apresentando-se como um processo dinâmico, e é comum definir-se o envelhecimento demográfico a partir do momento em que a proporção da população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem, quer como decréscimo da população em idade activa, ou de ambas.

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17,1% em 2005 (Instituto Nacional de Estatística, 2005). De acordo com o cenário médio das projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo *INE*, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. Paralelamente, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050. O ritmo de crescimento da população idosa e da população muito idosa é bastante superior ao da população total, quer no período retrospectivo, quer no período de projecção. De salientar também que a população em idade activa (15-64 anos) regista duas

tendências distintas: o grupo de adultos jovens (15-24 anos) reduziu a sua proporção na população total (12,2%) enquanto a população adulta (25-64 anos) segue a tendência da população idosa (55,1%). Importa também referir que o índice de envelhecimento ultrapassou o índice **100** em 2000 e atingiu **110** em 2005, sendo o fenómeno do envelhecimento mais forte entre as mulheres, como reflexo da sua maior longevidade. As projecções apontam para a possibilidade, porque a população continua a envelhecer, de o índice de envelhecimento poder atingir os **243** idosos por cada **100** jovens.

O fenómeno, não sendo exclusivo de Portugal, adquire entre nós contornos graves devido à sobreposição da idade, do isolamento, da doença e da pobreza, que geram situações de fragilidade extrema. Importa pois desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Numa era em que a globalização se faz sentir nos «quatro cantos do mundo», o fenómeno do envelhecimento ocorre num contexto caracterizado por céleres transformações sociais.

Estas alterações sociais, no panorama mundial, associadas ao aumento percentual do grupo de pessoas idosas, levam ao surgimento de políticas públicas cuja coerência é discutível. Por exemplo, existe um debate sobre o local em que o idoso deve envelhecer. Há defensores da política do envelhecimento em contexto residencial, junto da instituição família. Outros, porém, advogam a ideia de que será benéfico para o sénior ser institucionalizado, sempre que as redes de apoio sejam escassas ou ineficazes. As estratégias aconselhadas pelas instituições europeias seguem claramente a corrente que defende o envelhecimento na família, sem que seja exequível, tendo em conta aspectos como o aumento de famílias monoparentais, o grande número de famílias de dupla carreira profissional (ambos os elementos do casal se encontram integrados no mercado de trabalho), o aumento do número de famílias disfuncionais e mesmo multiproblemáticas, os poucos recursos económicos.

No pior dos casos, aqui estudado, a falta de modelo coerente de prevenção e de intervenção social coerente possibilita uma forma extrema de negação social: os maus tratos aos idosos.

A expressão “*mau-trato*” associa-se normalmente ao acto de maltratar alguém à violência física. Contudo, a violência física é apenas uma das tipologias, identificadas como mau-trato, entre uma panóplia bem mais vasta, que enquadra vários casos desde a “*simples*” negligência até ao abuso propriamente dito. Os lugares dos maus tratos, igualmente diversos, são cada vez melhor identificados nesta diversidade: a perpetuação dos actos de maus tratos pode ocorrer em diversos contextos: no seio da família, dentro de instituições de acolhimento (lares, centros de dia, residências para idoso, centros de saúde, hospitais...), na rua, nos transportes públicos, em particular. Dados plasmados em publicações nacionais, mas essencialmente na literatura internacional dão-nos dois enfoques proeminentes: os maus tratos ocorrem primordialmente no lar (sendo o agressor um familiar/ o cuidador informal) e em contexto institucional (sendo o agressor um profissional, o cuidador formal). Os agressores também poderão ser indivíduos com perfis distintos: familiares, profissionais de saúde, vizinhos, outros idosos, entre outros.

Há um consenso cada vez maior, entre os diversos actores sociais, no que diz respeito ao entendimento dos maus tratos, sofridos por pessoas idosas, como um problema de saúde pública. Quando estes ocorrem, estaremos perante um fenómeno que atenta contra os Direitos Humanos. Mas os meios jurídicos precisam de ser completados por estratégias e meios para-jurídicos adaptados ao contexto e à diversidade do fenómeno dos maus tratos. Estas estratégias são da responsabilidade de todos.

Alicerçado num ideal de responsabilidade social colectiva, o estudo que nos propomos realizar visa fundamentalmente desenvolver um estudo ponderado sobre os métodos estratégicos para a prevenção dos maus tratos às pessoas idosas.

Na prossecução deste objectivo, a nossa ambição leva-nos a recolher informações – essencialmente presentes em fontes primárias (agências oficiais) ou secundárias (comentários e análise aos casos) – sobre políticas públicas e estratégias utilizadas para a intervenção nos maus tratos, buscando sempre a melhor e mais credível informação. Neste sentido, procuraremos extrair informações relevantes das fontes que julgamos pertinentes, auscultando vários actores sociais, apoiando-nos sempre nos métodos e técnicas mais adequadas. Nesta linha de trabalho, estudar-se-ão as opiniões previamente colectadas e, em alguns casos, já comentadas, dos idosos, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores sociais.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos que, embora independentes, procuram responder às exigências de uma transversalidade encerrada pelas diferentes interrogações científicas, derivadas do nosso objectivo geral: avaliar a dimensão dos maus tratos com o intuito de actualizar os conhecimentos nesta temática.

Assim, no capítulo *I* faz-se a contextualização e o diagnóstico da questão, baseada em pesquisas bibliográficas e documentais, com recurso a bibliotecas e à Internet. Estas pesquisas começaram por ter um carácter exploratório, tendo em conta o objecto de estudo e o rigor científico que um trabalho desta natureza exige.

No capítulo *II* procura-se definir e identificar o impacto dos maus tratos na qualidade de vida do idoso, considerando as diferentes vertentes que os mesmos podem assumir. Para além dos diferentes maus tratos que possam existir, estes podem ser praticados por pessoas distintas em diferentes contextos. Também o conceito de “qualidade de vida” se reveste de diferentes nuances, consoante o processo de envelhecimento a que o indivíduo é sujeito, nomeadamente a sua inserção sócio-económica, afectiva e cultural.

No capítulo *III* procura-se definir as competências do trabalhador social, através da análise de vários modelos. Dessa análise resulta todo um trabalho de síntese que procura contextualizar o trabalho social nas transformações económicas, laborais, sociais e políticas das sociedades actuais. Nesta perspectiva, identificaram-se os atributos que o trabalhador social deverá ter para proporcionar aos idosos um apoio de qualidade, indispensável a esta fase das suas vidas em que se encontram, naturalmente, mais fragilizados. Neste capítulo, releva-se também, a importância

da formação, como base qualitativa na prestação dos serviços e na prevenção de situações de exclusão. Para tanto, é necessário detectar sinais de alerta, previamente definidos como importantes.

O capítulo *IV* é dedicado às medidas de intervenção jurídicas e para-jurídicas, tendo em conta a identificação ou a suspeita de maus tratos ou negligência sobre o idoso e a correspondente necessidade de intervenção. Neste capítulo, são também definidos os vínculos societário, individual e comunitário do idoso, bem como elementos metodológicos básicos que os profissionais, do trabalho social, devem pôr em prática nas suas acções dirigidas à intervenção. Importa também ainda referir, neste capítulo, as organizações de direitos humanitários, que referem claramente os idosos, bem como a Constituição da República Portuguesa, no que se refere a direitos, liberdades e garantias pessoais, e respectivos procedimentos, à luz da nossa legislação.

Nas considerações finais, procura-se chamar a atenção para o estatuto social diminuto que o idoso tem na sociedade portuguesa, pela sua perda de autoridade no processo de envelhecimento e uma maior vulnerabilidade que, associada ao grau de dependência, isolamento social e fragilidade económica, contribuem de forma decisiva para um maior risco de incidência de maus tratos. Chama-se também a atenção para os direitos do idoso, em confronto com os abusos à sua integridade física e moral, que ocorrem, geralmente, em espaços íntimos, como o lar e a família. A importância do trabalho social é também relevada para que se consigam colmatar os casos de abandono em lares, em hospitais e à sua própria sorte.

Capítulo I – Contextualização e diagnóstico da questão

O século XX marcou definitivamente a importância do estudo da velhice, fruto, de um lado, da natural tendência de crescimento do interesse nas pesquisas e estudos sobre o processo de envelhecimento. Por outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento deste campo. No que concerne concretamente à questão da negligência e maus tratos contra os idosos, não sendo um fenómeno novo, apenas nas duas últimas décadas é que começou a despertar o interesse na comunidade científica. O estudo aprofundado desta questão é fundamental para a identificação, prevenção e intervenção de maus tratos e negligência contra os idosos.

1.1. Contextualização dos maus tratos ao idoso

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 das sociedades em que se inserem. Ainda assim, a percepção da violência familiar, como um problema social, é muito recente. Ainda mais recente, quando nos reportamos à violência e aos maus tratos exercidos sobre as pessoas idosas.

Dentro dos estudos da violência, os maus tratos contra os idosos foram os últimos a ser contemplados, como um fenómeno político e como questão de saúde pública, - após os estudos sobre a violência contra a mulher e a violência infantil - e também os últimos a serem mediatizados. Os primeiros relatos de violência contra os idosos começaram a surgir nos Estados Unidos da América e na Inglaterra. Apenas em 1975 é que começaram a surgir os primeiros informes britânicos sobre a “violência contra os avós” (Baker 1975, Burston 1977), publicados na revista *Modern Geriatrics* e no *British Scientific Journal* (WHO, 2002)¹. Para que este tema começasse a ser alvo de estudos e trabalhos mais sistemáticos foi necessário esperar cerca de uma década. Os primeiros trabalhos foram desenvolvidos nos Estados Unidos (Pillemer & Finkelhor, 1988), no Canadá (Podnieks, 1989) e, posteriormente, no Reino Unido (Ogg e Benett, 1992).

¹ <http://www.who.int/en> (Consultado em 02/03/2007).

Um passo decisivo foi dado em 1997, aquando da realização do *XVII Congresso Mundial de Gerontologia (IAG)*², ao ser fundada a organização não governamental (ONG) *INPEA*³ (*International Network for the Prevention on Elder Abuse*), visando congregar mundialmente os estudiosos, as universidades, os governos e a sociedade civil, com o objectivo de incrementar a consciência e o conhecimento do público em geral acerca do problema, promover a educação e a prática de profissionais na identificação, tratamento e prevenção; defender os idosos vítimas de abuso e negligenciados e estimular a pesquisa de causas, consequências, prevalência, prevenção e tratamento de maus tratos aos idosos.

Foram dois os factores que despoletaram o interesse crescente da área da saúde pela violência: a maior consciencialização em relação aos valores da vida, dos direitos da cidadania e as mudanças no perfil da morbilidade no mundo.

Outro avanço igualmente importante, havia sido alcançado em 1996 quando a violência foi declarada o maior problema de saúde pública na *49.ª Assembleia Mundial de Saúde* na *Organização Mundial de Saúde (OMS)*.

Não menos importante foi a inclusão da questão dos maus tratos aos idosos no documento do *Plano de Acção da II Assembleia Mundial do Envelhecimento* que se realizou em Madrid em 2002 (artigos 98.º a 100.º), distinguindo-se, desde logo, da *I Assembleia Mundial do Envelhecimento*, realizada em Viena, em 1982, que não havia feito quaisquer referências à questão da violência contra os idosos.

1.2. Definição dos maus tratos

Importa, desde já, encontrar uma definição, suficientemente clara e cientificamente sustentada, para os actos que possam ser considerados como maus tratos.

De acordo com Machado e Queiroz (2006), no que concerne aos maus tratos a idosos, “*Um dos grandes desafios da década de 1990, quando se iniciaram os estudos internacionais mais sistematizados sobre violência contra os idosos, foi a questão da terminologia*”. Hodiernamente, a dificuldade mantém-se, basta uma atenta revisão da literatura para que possamos verificar a existência de diversas

² [Http://www.iagg.com.br/webforms/index.aspx](http://www.iagg.com.br/webforms/index.aspx) (Consultado em 12/06/2007).

³ [Http://www.inpea.net](http://www.inpea.net) (Consultado em 19/01/2007).

definições consideradas como válidas. Estas divergências são resultantes da enorme complexidade de que se reveste a questão em análise. Vários são os factores que contribuem para o elevado grau de complexidade: a possível confusão existente na hora da identificação, a comparação de dados, efectuar diagnósticos diferenciados, atribuir diferentes responsabilidades perante a mesma situação bem como propor respostas e soluções.

Contudo, no que se refere especificamente aos idosos, convencionou-se identificar os maus tratos cometidos tanto por acção como por omissão, sejam estes intencionais ou não. Assim, a definição mais utilizada para os maus tratos, cometidos contra os idosos, é a adoptada pela *Rede Internacional de Prevenção dos Maus tratos aos Idosos* (OMS, 2002) (*International Network for the Prevention on Elder Abuse – INPEA*). A definição foi proposta pela *Organização Mundial de Saúde* (OMS) na conhecida “*Declaração de Toronto*” para a prevenção global do mau-trato das pessoas idosas. Portanto, mau trato define-se como: “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.”

Outro desafio para todos aqueles que se dedicam ao estudo destas questões, reside na definição das categorias e tipologias que designem as suas várias nuances.

Se considerarmos as directrizes presentes no estudo *Missing Voices* (WHO, 2002) verificar-se-á que é feita uma divisão em três grandes áreas, a saber: **negligência** (isolamento, abandono e exclusão social), **violação** (das mulheres, legal e dos direitos médicos) e **privação** (das escolhas, decisões, *status*, finanças e respeito). Adoptadas que foram estas três grandes «balizas», surge também uma categorização: maus tratos físicos, psicológicos, financeiros, sexuais e negligência. Esta linha ideológica serviu de base a um trabalho, levado a cabo pela *Unidade de Envelhecimento e Ciclo Vital da Organização Mundial de Saúde* (OMS) e o *Centro de Gerontologia Interdisciplinar da Universidade de Genebra*, posto em prática em oito países (Austrália, Brasil, Chile, Costa Rica, Quénia, Singapura, Espanha e Suíça). Estes estudos tinham como objectivo central conduzir ao

desenvolvimento de uma estratégia global para a prevenção dos maus tratos a pessoas idosas.

De Paúl e Larrión (2005), chamam a atenção para a necessidade de se diferenciar claramente o mau-trato de tipo familiar do mau-trato de tipo institucional e, dentro destes, o mau-trato de tipo activo e passivo e o mau-trato de tipo físico e psicológico. Estes autores indicam seis tipologias de maus tratos: mau-trato físico, psicológico, violação dos direitos, abandono do idoso, abuso sexual e autoabandono.

Del Corral e Castiello (2004), na investigação que efectuaram - *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato* – verificaram que os idosos diferenciam claramente os maus tratos perpetrados na esfera privada daqueles que eventualmente possam acontecer na esfera pública e institucional. No primeiro caso, são referidas situações de exploração de mão-de-obra gratuita, destituição familiar, desenraizamento, exploração económica dos afectos e abandono. No segundo caso, os idosos focam essencialmente a fraca assistência sanitária, o *deficit* de dispositivos sanitários específicos e as instituições totais⁴. Na obra *Vigiar e Punir* (1996), Michel Foucault, transmite a ideia de que de certa forma vivemos numa sociedade panóptica, onde o encarceramento se torna omnipresente: do nascimento até à velhice submetemo-nos a um certo fechamento (creches, escolas, hospitais, prisões, oficinas de trabalho; de certa forma, todas estas instituições se baseiam na hierarquia e na disciplina). Impõe-se o poder da norma que promove a homogeneidade. Na fase da velhice este encarceramento pode revelar-se bastante mais constrangedor em função da gradual perda de autonomia e de uma necessidade acrescida de afecto. A aplicação de regras estandardizadas e excessivamente rígidas poderá causar grande sofrimento ao idoso. A individualidade de cada ser humano deve ser respeitada e nunca poderá ser

⁴ Há residências de idosos que no imaginário desta população opera como o paradigma da instituição total, no sentido clássico, difundido por Irving Goffman (1999). Estas instituições, tal como Goffman caracterizava os manicómios, prisões e conventos, tornam-se locais fechados, imperando a lógica do cumprimento das normas e a eliminação dos traços identitários dos institucionalizados, em prol de uma uniformização que se julga necessária. Muitas vezes são fixados horários rígidos, obrigam os idosos a usar determinado tipos de roupa, não é permitido que levem as suas próprias coisas. É a negação da possibilidade de personalizar o seu novo espaço.

olvidado o facto de os interesses, as expectativas e as vivências de cada um são únicas. A cada idoso corresponderá uma história de vida diferente que deve ser tida em linha de conta na operacionalização das relações quotidianas.

Um aspecto curioso, é o facto de os idosos, que participaram no estudo anteriormente mencionado, para além de referirem os problemas nascidos quer na esfera privada, quer na esfera pública, também considerarem especialmente gravosa a sua falta de visibilidade no contexto social em que se encontram inseridos.

Paralelamente, o estudo procurou perceber que perspectivas possuem os profissionais no que diz respeito à problemática em análise. Ficou claro que os distintos tipos de profissionais, que lidam com esta população-alvo, diferenciam, tanto terminologicamente como nos exemplos concretos que relatam – teoria e prática - os três conceitos basilares, ou seja, negligência, abuso e mau-trato a idosos. Esta dificuldade em uniformizar a categorização das diferentes tipologias de maus tratos pode resultar num obstáculo à identificação / detecção dos mesmos e posterior abordagem das situações, tendo em vista uma intervenção concertada e assertiva por parte de todos os intervenientes no processo. Basta pensarmos que, havendo lacunas, lapsos, constrangimentos ou divergências em relação às tipologias, padronizadas e aceites como válidas, cada indivíduo terá uma margem enorme na avaliação de cada situação com que possa vir a deparar-se. O que para uma pessoa, num determinado contexto local e temporal pode ser considerado um mau-trato, pode não o ser para outra. A ambiguidade terminológica deve ser liminarmente erradicada, sob pena de se cometerem erros crassos na avaliação e intervenção nos mais diversos casos expectáveis de se sucederem.

Nesta linha de pensamento, resulta como lógico e incontornável que categorizar e uniformizar tipologias e formas de actuação é, na nossa óptica, uma tarefa obrigatória. Cremos que só com um trabalho de charneira, envolvendo equipas multidisciplinares, famílias, comunidade envolvente e, obviamente os idosos, será possível fazer face a este problema social que destrói a vida a muitos homens e mulheres que são cidadãos e cidadãs de pleno direito e que merecem o respeito e a

consideração, por parte das gerações que lhes sucedem. A solidariedade intergeracional é fulcral na construção de uma sociedade harmoniosa, justa, e a mais equitativa possível.

Uma vez estabelecidas as diversas tipologias dos maus tratos, será igualmente importante saber quem são as vítimas e quem são os agressores.

Alguns autores, apoiando-se em estudos empíricos e na análise de vários casos, apontam algumas características – tipo daqueles que normalmente são maltratados e dos que são maltratantes. Podemos referenciar alguns indicadores que permitem traçar o perfil do agredido e do agressor.

Macedo (2003) diz-nos muito genericamente que as vítimas são geralmente os indivíduos muito idosos, os que possuem incapacidades funcionais, as mulheres e os pobres. Dias (2004) complementa esta informação, dizendo o seguinte:

“Ora, se existem idosos que são tipicamente agredidos, esses são sobretudo as mulheres⁵ e os chamados «grandes idosos”⁶, os quais devido ao agravamento das suas faculdades funcionais, cognitivas e de mobilidade se tornam ainda mais vulneráveis à violência doméstica”

Identifica, com base na análise realizada por Wolf e McCarthy (1991), três perfis distintos dos idosos vítimas de violência. Um primeiro perfil referente às vítimas de mau-trato físico e psicológico. Normalmente, embora estas sejam relativamente independentes nas suas actividades diárias, sofrem de problemas emocionais. Obedecem ao segundo perfil as vítimas de negligência que são geralmente muito idosas, sofrem de incapacidade mental e física e têm escasso apoio social, representando para os seus cuidadores motivo de grande desgaste e *stress*. Por fim, o terceiro perfil diz respeito às vítimas de abuso material ou financeiro. Estas pessoas tendem a ser solteiras e com contactos sociais e redes de apoio limitadíssimos. As informações são complementadas por Barnett, Perrin e D.

⁵ As mulheres idosas vítimas de violência situam-se principalmente entre os 75 e os 85 anos e pertencem às classes médias e médias baixas (Pagelow, 1984, p.359).

⁶ Devido ao aumento da esperança média de vida foi possível dividir os idosos em “younger-old” (65 a 74 anos) e os “older-old” (com mais de 75 anos). Cf. Boudreau (1993, p.142); Pagelow (1984, p.359); Leleu (1998, pp. 12-13).

Perrin (1997), os quais consideram que as pessoas que vivem sós têm menos probabilidades de serem maltratados do que os que vivem com alguém; os que vivem com o cônjuge estarão menos vulneráveis à violência do que aqueles que vivem com um parente ou outro responsável e os idosos que se encontram mais isolados da rede de parentesco e de amigos correm um risco maior do que os que se mantêm integrados.

Um último informe a ter em linha de conta: os idosos de certas minorias étnicas são mais vulneráveis à violência na família. No guia de actuação para fazer face à problemática em análise, Bernal e Gutiérrez (2005) subscrevem a lógica de que a enumeração de uma série de características pode contribuir para a formulação de uma ideia dos perfis das pessoas idosas que correm um risco maior de serem implicados em situações de maus tratos. No entanto, não deixam de chamar a atenção, na nossa óptica pertinentemente, para o perigo latente e real destas descrições poderem conduzir à simplificação excessiva e gerar falsas acusações.

Logicamente, a utilização destes pressupostos obriga a cautelas redobradas, uma vez que se trata de um assunto muito melindroso e que ainda se mantém, em muitas situações, envolto em profundos tabus que ficam “entre quatro paredes”. Bernal e Gutiérrez referem ainda que os perfis divergem em função dos estudos, dos cenários em que são recolhidos os dados (domicílio / instituição), e também em função dos tipos de maus tratos, da definição utilizada e do país ou do contexto (rural / urbano) em que as agressões possam ocorrer. Os autores consideram que, apesar de tudo, é possível traçar aproximadamente um retrato *robot* do perfil da potencial vítima, tendo por base estudos realizados em ambiente familiar: mulher, viúva com mais de 75 anos; vive com a família; rendimentos inferiores a 6.000€ / ano; fragilidade; depende do cuidador para as actividades da vida diária; toma mais de quatro fármacos (polifarmácia); vulnerabilidade emocional e psicológica e no último ano foi visitada por um médico, uma enfermeira ou um assistente social.

No contexto nacional, o número de idosos vítimas de violência não pára de aumentar. Os dados da *APAV* (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) não deixam margem para quaisquer dúvidas, o grosso dos casos reportados está

relacionado com a violência doméstica (representa 85% das situações denunciadas). Os dados apresentados pela associação, no *Dia Europeu da Vítima de Crime* (22 de Fevereiro de 2007) revelam uma clara tendência para o aumento do peso percentual das vítimas idosas. Segundo Sanches (2007):

“O peso das vítimas idosas está a aumentar. O grupo das pessoas com 65 ou mais anos representa já sete por cento do total (eram 5,6 por cento em 2005) das que tendo sido alvo de crime foram, de alguma forma acompanhadas pela APAV. «As vítimas mais velhas têm cada vez mais consciência de que são alvos fáceis.»

Para intervir adequadamente, importa conhecer o perfil da vítima de maus tratos e, claro está, não menos importante, será saber quem poderá ser um potencial agressor.

Um pouco na linha do investigador policial, há uma questão que pode ser lançada: “Quem, inflige tratamentos inadequados, desajustados e sancionáveis criminalmente ao cidadão sénior? Onde ocorrem estes actos? Que causas estarão na base destas práticas?”

Com base em alguns estudos realizados internacionalmente é possível, à semelhança do que foi feito em relação ao perfil da vítima, designar os principais traços caracterizadores do potencial agressor. Geralmente, segundo Arzamendi (2006), alguém que maltrate um idoso, ou mesmo outra pessoa, comporta algum tipo de *deficit* ou alteração de tipo psicológico: deficiência empática e/ou de vinculação afectiva, escassa tolerância à frustração, imaturidade.

Machado e Queiroz (2006) entendem que, habitualmente, o agressor é um dos familiares com o qual a vítima coabita, tendo basicamente o seguinte perfil: indivíduo de meia-idade, geralmente um filho, normalmente financeiramente dependente da vítima e com problemas mentais e/ou dependente de álcool ou de drogas. Assim, poder-se-á afirmar que os agressores, regra geral, têm uma relação de parentesco (há uma enorme proximidade / intimidade) com a vítima. Os dados conhecidos apontam para que seja maioritariamente um indivíduo do sexo

masculino quem agride. Não deixa de ser interessante constatar que, sendo habitualmente a mulher a principal cuidadora informal do idoso dependente, esta não se situa entre os principais agressores. Considerando que alguns estudiosos sugerem a hipótese de parte das situações de maus tratos serem motivadas pelo *stress*, inerente à actividade de quem cuida. A realidade dos números lança mais uma dúvida, numa área em que ainda muito terreno há para desbravar, uma vez que as informações, obtidas em estudos de carácter empírico, ainda são muitíssimo escassas. Dias (2004), diz que os maltratantes, tendencialmente, encontram-se socialmente isolados, têm frequentemente problemas com a justiça e apresentam dificuldades em fixar-se num determinado emprego de forma duradoura. São pessoas bastante instáveis psicologicamente, com lacunas ao nível do equilíbrio emocional, e que sentem graves dificuldades no processo de socialização, daí que, em alguns casos, se tornem em indivíduos socialmente excluídos.

Sintetizando, aqui fica, de acordo com Bernal e Gutiérrez (2005), o perfil aproximado do responsável pelos maus tratos: filho ou cônjuge da vítima; transtornado mentalmente; consumidor de álcool e/ou drogas; apresenta conflitualidade com o idoso; escassa preparação para cuidar, não compreende a doença que poderá apoquentar o idoso e desempenhar há mais de nove anos a função de cuidador.

Os maus tratos quando praticados fora do ambiente familiar, na esmagadora maioria das situações têm como palco principal as diversas instituições de acolhimento. Neste contexto, os agressores não serão os familiares do idoso, mas sim os profissionais que contactam com este, no desempenho das múltiplas funções: médicos, enfermeiros, auxiliares de geriatria, trabalhadores sociais, outros idosos, etc.).

Os maus tratos a idosos que ocorrem em instituições e são levados a cabo por profissionais, continuam, à semelhança dos perpetrados no domicílio familiar, ainda pouco ou nada estudados. Contudo, se atentarmos em trabalhos de pesquisa realizados em França (Martin, 1992) e Espanha (Bernal e Gutiérrez, 2005), poderemos constatar que a falta de motivação e preparação do pessoal, a má

comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar, a ineficaz organização do trabalho, a falta de profissionalismo e a sobrecarga horária poderão contribuir decisivamente para o aumento dos factores de risco. Se aliarmos aos factores enumerados, a sensação que estes profissionais têm de possuírem um menor prestígio profissional e social bem como um salário inferior ao que auferem colegas com outras funções, impreterivelmente, os índices de motivação baixarão, contribuindo de forma objectiva e decisiva para o mau desempenho das funções que lhes estão atribuídas.

Os maus tratos sofridos pelos idosos são um problema crescente em todo o mundo e que ganha uma conotação especial nas sociedades impregnadas pela cultura da competitividade, da eficiência, bem como do culto à juventude e ao hedonismo. Envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental que a todos assiste. Esse direito, contudo, passa a ser ignorado muitas vezes, seja pela família, seja pelo Estado. O idoso pode ser vítima de atitudes que atentam contra os seus direitos no espaço da família, no espaço institucionalizado, na rua, no seu grupo de amigos, na vizinhança.

A comunicação social tem-nos dado conta, repetidamente, de situações de abuso, de maus tratos e de negligência infligidos a idosos que residem em instituições que terão, ou deveriam ter, na sua génese, como objectivo primordial cuidar das necessidades e bem-estar dos idosos que lá residem. A sociedade portuguesa fica chocada, perplexa e a imagem negativa que muitos adultos e idosos possuem das instituições de cuidado dos idosos é reforçada. A ideia de que a maior parte dos maus tratos a idosos ocorre em meio institucional apoderou-se da sociedade. No entanto, a “frieza” dos números contraria esta, poder-se-á dizer, ideia pré-concebida.

Contrariamente à ideia que grassa no seio do senso comum, estudos realizados em diversos países, demonstram que se verifica precisamente o contrário. Assim, de acordo com a *Associação Americana de Psicologia (APA)*, as situações de maus tratos não surgem apenas no caso de pessoas que vivem marginalizadas pela

sociedade ou estão institucionalizadas, estão, isso sim, bem dentro do nosso meio de vida, no seio do círculo familiar, no contexto das redes de parentesco de apoio.

A APA (1999) faz referência aos seguintes factos:

1. A maioria dos incidentes de abuso não se dá em lares ou instituições. Apesar de haver imensos casos relatados nos órgãos de comunicação social, é necessário conhecer a verdade, ou seja, apenas cerca de 4% (valores sistematizados em estudos americanos) dos idosos estão em instituições, tendo a maioria das pessoas institucionalizadas as suas necessidades básicas satisfeitas, sem ter vivido qual tipo de abuso.
2. A maioria dos casos de abuso ocorre no domicílio, visto que este é o local onde a larga maioria dos idosos vive. Quando se dá o abuso ele é perpetrado por familiares, ou outros cuidadores pagos para exercerem essa função. Muitas vezes o abuso é subtil, não sendo fácil de discernir entre o *stress* de determinadas situações interpessoais e o abuso tipificado (Marshall *et al.*, 2000).
3. Não há um padrão único de abuso no lar. Imensas vezes, o abuso é a continuação de um longo padrão de abuso físico ou emocional naquele agregado familiar, isto é, a reprodução da violência ocorre quase que naturalmente. O tipo mais comum de abuso, talvez seja resultante de mudanças relacionais e de situações de vida, produtos da progressiva fragilidade e dependência, levando a que o idoso fique mais «refém» dos seus familiares.
4. Nem só os idosos que estão frágeis ou doentes estão sujeitos ao abuso. Também o estão aqueles que se vêem afectados por perturbações mentais ou se encontram deprimidos. Ainda que com menor probabilidade, mesmo aqueles que não perfaçam as condições atrás mencionadas, são potenciais vítimas de abuso.

O mau-trato aos idosos no espaço da família é uma realidade que parece afectar um número significativamente relevante de pessoas, ainda que os conhecimentos existentes sejam ainda, no seu conjunto, bastante limitados.

A violência doméstica não é de todo um fenómeno novo, nem sequer é exclusiva das famílias modernas. Consideremos, como exemplo, a sociedade tradicional, o primado de um sistema patriarcal, que concedia ao chefe de família o direito e o poder absoluto sobre as mulheres e os filhos. Em Portugal, durante o período em que vigoraram as leis do *Estado Novo*, estes direitos assistiam aos chefes de família que deveriam fazer valer a máxima: **Deus, Pátria e Família**. Nos últimos anos, a família tem-se alicerçado mais em relações sustentadas pela sentimentalização. Contudo, a estas uniões, mais baseadas no amor dos pares, não correspondeu uma imediata aceitação do fenómeno da violência doméstica, como sendo um comportamento anómalo, inaceitável e punível por lei. A ideologia romântica que caracterizava a maioria das relações funcionava, em parte, como um entrave à visão desta questão como sendo um problema social grave. Daqui resultava (ainda resulta) o silêncio das vítimas, a vergonha, o receio, o medo e em última análise o silêncio das vítimas, um dos principais obstáculos no combate a esta calamidade pública.

Acusar um familiar, especialmente quando o agressor é um filho ou o cônjuge, não se antevê de maneira nenhuma uma tarefa fácil, mesmo quando se vivenciam situações de verdadeira barbárie. A vergonha, o medo e os sentimentos de pertença levam a uma aterradora camuflagem da realidade. A existência de situações de violência na família provoca sempre um forte choque na população e nos profissionais, havendo em algumas situações uma grande renitência na aceitação da crueldade dos factos (Fernandez *et al.*, 2006).

Há, efectivamente, uma certa resistência no reconhecimento destes casos. Resistência essa que provém do choque entre tais informes e a representação social clássica da família, tida à partida como lugar seguro e de aconchego, uma espécie de “porto de abrigo”. São poucos os estudos que apresentam dados minimamente fiáveis sobre os maus tratos aos idosos de tipo intrafamiliar.

Todos os fenómenos de violência familiar comportam algumas dificuldades, quanto ao seu estudo, motivadas por numerosas barreiras ou impedimentos limitadoras da acção conducente a intervenção. O primeiro obstáculo surge, desde logo, da negação inicial (por parte da vítima idosa) dos actos de violência sofridos. Parece coexistir, no interior das famílias, uma relação de amor/ódio (alicerçado naquilo que nos parece ser uma espécie de, passe a expressão, “acordo tácito”) que, por vezes, se cristaliza na violência contra os mais débeis, sejam eles crianças, mulheres ou idosos. O histórico mecanismo de defesa, refiro-me à negação dos factos, é muitas vezes accionado, obstaculizando em grande medida a detecção e a intervenção necessárias para pôr termo à situação. Quando indagadas as presumíveis vítimas refugiam-se em expressões como: “*não há problemas*» ou «*também não é caso para tanto*” (Hugonot, 2007).

Outro entrave frequente é a grande dificuldade que as pessoas sentem na conceptualização que caracteriza quase todos os conflitos interpessoais. A título de exemplo, basta pensarmos nas dificuldades que há, mesmo nos círculos académicos, em enumerar as diversas e distintas tipologias dos maus tratos. Quando estes são de índole psicológica ou quando não existam marcas visíveis, medíveis e fotografáveis o coeficiente de dificuldade aumenta exponencialmente. Um terceiro impedimento é a grande resistência à denúncia do mau-trato e daqueles que os praticam. Esta situação é especialmente gravosa sempre que há uma dependência global da vítima em relação ao agressor e quando as suas capacidades físicas e psicológicas, para evitar os abusos e divulgá-los a terceiros, se encontram limitadas ou mesmo anuladas. Em alguns casos, o isolamento social em que as vítimas se encontram não lhes permite contactar com outras pessoas fora do círculo familiar, dificultando a possível denúncia e relato dos acontecimentos. Entrar na esfera do privado revela-se sempre uma tarefa especialmente complicada que requer grande tacto e persistência, uma vez que estas relações sustentam-se numa grande carga afectiva e emocional, revestindo-se estes fenómenos relacionais de uma enorme complexidade (IMSERSO, 2006, p. 32).

As dificuldades em detectar as situações de abuso aumentam em proporção directa com a idade da vítima, a existência de patologias física e/ou psicológica, com

deterioração cognitiva ou com um grau de dependência que impossibilita toda e quaisquer hipóteses de acusar quem o agride. No domínio da esfera privada podemos apontar uma série de situações constitutivas de mau-trato: exploração como “mão-de-obra” gratuita; destituição familiar; desenraizamento; exploração económica dos afectos; abandono, a falta de capacitação dos cuidadores informais.

Frequentemente, os “avós”, com especial incidência nas avós, integram-se no núcleo familiar fazendo jus à sua capacidade de labor na realização de tarefas domésticas ou na prestação de cuidados aos netos. Ainda que inconscientemente, produz-se uma clara exploração da pessoa idosa. Os avós que pretendem ajudar os filhos e apoiá-los nas dificuldades quotidianas, acabam por assumir uma tarefa acima das suas possibilidades que pode produzir uma carga demasiado forte, tendo em conta as suas capacidades físicas e mesmo psicológicas, as quais tendencialmente se vão tornando mais periclitantes. Estas rotinas, tidas como naturais, ou encaradas com tendo um carácter de obrigatório, podem ser consideradas mau-trato sempre que a pessoa idosa abdica do seu próprio bem-estar, realizando um esforço deveras considerável, originado frequentemente situações de esgotamento em prol do benefício ou contentamento de outrem.

A destituição familiar pode ocorrer em dois cenários distintos, permanecendo o idoso no seu lar ou quando este, ainda independente, se muda para casa dos filhos e netos, seja esta mudança definitiva ou temporária. Esta problemática resulta daquilo a que alguns referem como “*suportar / aturar o velhote*”. É feito sentir à pessoa que está a mais, que é um incómodo, perdoem a expressão, aquela pessoa torna-se um “fardo” que a família não tem prazer em carregar, obriga a esforços suplementares e adaptações nem sempre observadas com bons olhos. Pode fazer-se sentir de diferentes formas, desde a simples negação da escolha do programa televisivo a assistir até ser totalmente invisível, como se não existisse para os outros membros da família, aquilo a que, de acordo com Armesto e Carbajal (2004) definem, como “*tratamento de silêncio*”. Outra situação que pode ocorrer, neste contexto, é obrigar a pessoa idosa a passar largos períodos de tempo fora de casa, sob o argumento malicioso, de que deve passear sozinho. Por vezes, o

membro da família detentor da autoridade máxima fixa horários de regresso a casa, ignorando todos os prejuízos que daí possam advir para a pessoa idosa.

O desenraizamento ocorre sempre que uma pessoa se vê na iminência, contra a sua vontade, de abandonar o seu espaço, a sua casa, o seu quarto, no fundo a sua identidade. Muitos são os casos em que a solução encontrada é a rotatividade do idoso entre as casas dos diversos filhos. Logicamente, nunca conseguirá criar laços fortes como os que tinha no local que se viu forçado a abandonar. Esta constante mudança de domicílio, o contacto com diferentes cuidadores informais e a percepção que têm do possível transtorno que podem causar aos seus familiares leva a que muitos se sintam “*farrapos velhos*”, inúteis, incapazes, enfim um estorvo inconveniente. Estão constantemente desambientados, a sua identidade vai-se desvanecendo, gradualmente, causando graves danos na auto-estima, potenciados pela sensação de desamparo. Alguns sentem que esperam o inevitável desfecho: a morte.

Como diria Al Gore, este referindo-se às problemáticas relacionadas com as alterações climáticas, há verdades inconvenientes, que a todo o transe são ocultadas. As alterações, neste caso concreto, nos hábitos e estilos de vida de uma pessoa idosa, especialmente quando enredadas de um carácter impositivo, levam a uma “Verdade Inconveniente”. A verdade é que estas pessoas ao sentirem-se como peixe fora da água, sentem a necessidade de se esconderem, demitindo-se da própria identidade. Pensemos em alguém que viveu sempre em ambiente rural e que se vê na iminência de ter que mudar-se para uma grande cidade onde os filhos trabalham. O “choque” cultural não deve ser menosprezável. Pensemos em dois pormenores: hábitos alimentares e higiene pessoal. O contraste entre a realidade vivida, ao longo da sua vida, e o novo contexto em que se vê obrigada a entrar poderá ser *per si* uma forma de mau-trato, ainda que de difícil detecção. Poder-se-á considerar uma forma praticamente subliminar de mau-trato. Dois exemplos de forma a concretizar a ideia anterior: a necessidade de tomar banho, lavar os dentes e mudar de roupa diariamente, são hábitos tido como básicos numa sociedade moderna, urbana e cosmopolita, mas não sabemos até que ponto estarão estes cuidados verdadeiramente implantados em camadas populacionais mais idosas que

sempre viveram no campo. Uma segunda questão, prender-se-á com a alimentação, os costumes nem sempre serão homogêneos. O simples facto de comer à mesa com talher pode resultar numa violência emocional para quem nunca o fez e poderá vir a sentir alguns constrangimentos. Situações como estas ou análogas levam a que o idoso seja «escondido» ou a que ele mesmo se «esconda».

Outra solução, encontrada pelas famílias, para fazer face à perda de autonomia dos seus idosos é a institucionalização do idoso. Esta fractura, o abandono do lar e o ingresso num espaço que desconhece partilhando-o com desconhecidos, no qual terá que cumprir regras predeterminadas, concorde ou não com elas, provoca uma amargura profunda, sobretudo quando a pessoa idosa, ainda possuidora das suas faculdades cognitivas, é forçada a fazê-lo contra a sua vontade, sendo os seus desejos e anseios completamente desvalorizados. O caminho pode ser de sentido único, desembocar no abandono do seu espaço afectivo e dar entrada num mundo novo e geralmente desumanizado.

A pressão, por parte dos familiares, e a incapacidade de pagar uma renda ou mesmo a perda de algumas faculdades que lhes vão castrando a autonomia e independência não lhes deixam alternativas, senão ingressar numa instituição de apoio e esperarem que esta disponha de boas condições físicas e especialmente humanas.

Em alguns casos, os afectos são utilizados para explorar economicamente os idosos. Apelando ao “coração”, aos sentimentos, das pessoas mais velhas, demonstrando-lhes um carinho enorme, procurando, através desta estratégia, dispor dos recursos económicos do sénior, desde a pensão que auferem até à usurpação de poupanças ou de bens imóveis. Nos *media* surgem frequentemente relatos de idosos que se viram sem nada, porque os familiares lhes roubam pensões, os obrigam a vender alguns bens e em última análise encaminham-nos para uma instituição, sem que estes possam opor-se, após terem perdido os bens que possuíam. A cereja, esta bem amarga por sinal, surge no topo do bolo, quando não há a mínima preocupação na escolha do local onde o idoso terá a sua nova residência.

Também os diversos órgãos de comunicação social, sejam eles de projecção nacional ou regional, noticiam, infelizmente, imensos casos de abandono. Há cada vez mais histórias de vida em que a pessoa idosa se encontra a viver sozinha, totalmente entregue a si própria. Não contam com a colaboração de quaisquer familiares directos, sendo, por vezes, os vizinhos, o único ponto de apoio que possuem (rede de vizinhança). Efectivamente, com a quebra de valores tradicionais da família e a passagem da família alargada para a família nuclear produziram-se alterações profundas ao nível das relações familiares. Atentemos nesta ideia de Strehler (1977) transcrita em Correia (2003): “A solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constituiu parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século”.

O desmoronamento das bases sociais da família tradicional é designado por alguns autores, como Remi Lenoir (1985) por desfamiliarização. Gimeno (2003), no preâmbulo do seu livro intitulado *A Família – O desafio da diversidade* lança um alerta algo contraditório, resultante da grande diversidade caracterizadora da família hodierna:

“Actualmente, e de acordo com o conteúdos dos inquéritos mais recentes, a família é vista como a mais importante fonte de satisfação pessoal. Hoje em dia, numa sociedade denominada de pós-industrial e pós-moderna, a família tornou-se o meio ambiente mais próximo, mais quente e mais solidário. Não é menos certo que as experiências vividas no seio da família podem ser as mais destrutivas.”

Nem sempre a família dá as respostas adequadas às solicitações dos seus elementos com idade mais avançada. O abandono e o conseqüente isolamento dos idosos são uma realidade inegável, tal como refere Machado (2005, p. 1155).

De facto, chegados às férias de Verão, assistimos todos os anos, à deplorável situação de ver idosos abandonados, sucedendo algo similar aquando da chegada do Inverno, assim informa Moutinho (2006). São cada vez mais os idosos que chegam aos hospitais com problemas de saúde e ali são abandonados. Sofrem com este abandono, esta situação invariavelmente só termina com a chegada da morte.

Cunha (2006), director do serviço de urgências do *Hospital Fernando Fonseca*, narra-nos, em entrevista concedida à Agência Lusa, um fenómeno preocupante e galopante de “desresponsabilização pelos idosos”. Ainda na sequência desta notícia, outros clínicos relatam situações similares. Pedro Cana Mendes do *Hospital Curry Cabral* e José Artur Paiva do *Hospital de S. João do Porto* também se vêm a braços com este problema. Estes casos agudizam a crónica falta de camas das nossas instituições hospitalares e tornam-se em «*casos sociais*» que preocupam sobrejamente os directores dos conselhos de administração das instituições hospitalares.

O trabalho dos assistentes sociais tem sido de grande monta na busca incessante de soluções para estes casos de difícil solução. Muitos, diz-nos Pedro Canas Mendes: “*nunca vão sair daqui*”. Estas pessoas, para além dos problemas clínicos têm anexado um grave problema social. São doentes sem um substrato familiar que os apoie. José Artur Paiva frisou que “*em certos casos, a família tem vontade, mas não consegue ajudar o doente*”, mas reconhece que, em outros casos, existe a efectivação de um acto premeditado de abandono. Quando os indivíduos sofrem de algum transtorno cerebrovascular, nem sequer têm a noção de que estão a ser abandonados, lamentam os clínicos. Quando a percepção da realidade existe, os idosos vivenciam um duplo sofrimento, isto é, a doença que os afecta é exacerbada pela fragilidade provocada pelo abandono a que foram sujeitos. Contudo, não se pense que estes preocupantes abandonos são “apenas” fenómenos sazonais...

O primeiro diagnóstico social realizado no concelho da Guarda, elaborado pela *ADM Estrela*, instituição que está a coordenar o projecto da *Rede Social da Guarda*, apresentou conclusões alarmantes. Como afirma Mónica Xavier (2006), técnica da Rede Social, o estudo, que envolveu mais de 80 entidades, concluiu que, apesar dos inúmeros centros de dia e lares existentes, “*há uma grande falta de acompanhamento nesse período e também dificuldades na ligação aos centros de saúde e hospital*”. Nas zonas rurais «rarefeitas» as respostas sociais são escassas, podendo mesmo acontecer o pior cenário possível, nem sequer existir qualquer resposta de apoio. Os projectos, enquadrados no âmbito da Rede Social, poderão ser fulcrais no aperfeiçoar do levantamento das necessidades e na imprescindível articulação entre instituições.

A inadequada preparação de muitos dos cuidadores informais poderá despoletar situações de mau-trato substancialmente gravosas. Esta lacuna no estabelecimento da relação cuidador / idoso cuidado é passível de acarretar sofrimento tanto a quem recebe o cuidado como a quem o ministra. O cuidador informal pode ter consciência de que não presta os melhores cuidados ao idoso, pelos mais diversos motivos, mas não dispõe de outras opções mais satisfatórias para ambos. A atenção, prestada a uma pessoa idosa dependente, pode ser inadequada sob vários parâmetros: uma manipulação física incorrecta e/ou por falta de capacitação relacional e psicológica.

Presume-se que entre 2,5% e 3,9% dos idosos são maltratados no seio da família. De Paúl e Larrión (2006), dizem-nos, com base nos casos detectados e confirmados pelos serviços sociais, que 90% dos maus tratos resultam do abandono físico, 20% a 40% dos casos existentes referem-se a maus tratos psicológicos, entre 12% e 18% sofrem de violação dos seus direitos e os casos ligados a abuso sexual representam cifras não superiores a 2%.

Gradualmente, foi-se criando um espaço epistemológico para a família como uma construção, uma conquista de laços de respeito e de confiança. Monteiro (2006), considera a família como um reduto especial das vivências e dos amores, ressaltando que cada vez mais essa inerência biológica se desfaz.

A velha máxima “*Filho és, Pai serás. Tal como fizeres, assim acharás*”, parece viver uma renovada actualidade e deve fazer-nos pensar no sentido de equacionarmos o futuro que desejamos para nós, devendo esses desejos reflectirem-se nos cuidados daqueles que hoje já completaram muitas primaveras. Devemos proporcionar, sem utopias e idealismos «bacocos», as condições de vida que um dia gostaríamos de poder ter ao dispor, condições essas que sejam propiciadoras de uma boa qualidade de vida.

Os idosos estão sós e escondem-se porque ninguém os inclui e porque eles próprios se excluem, mas para combater o isolamento destes cidadãos é necessário ter uma prática assertivamente inclusiva. Esta prática deve ser dinamizada pelas famílias, redes sociais de vizinhança e pelo Estado. Esta questão passa, por exemplo, por garantir que os acessos a equipamentos e zonas de uso público estão adaptados a

peçoas com dificuldades de locomoção. Passa por coisas tão simples como garantir que os passeios estão transitáveis (sem carros, sem rampas, sem corrimões...). O Estado terá, neste ponto, uma palavra importante a dizer, não sendo expectável que se limite a uma tarefa de cariz assistencialista. Deve identificar as necessidades na sua área de acção, promover actividades de apoio aos idosos, reunir e difundir informação sobre as iniciativas locais e promover as boas práticas nas diversas valências existentes no apoio aos idosos.

Concluiremos este capítulo, que abordou a problemática dos maus tratos em âmbito familiar, com um excerto do livro de Luísa Pimentel (2005) designado *O Lugar do Idoso na Família*, pois possibilita ao mesmo simultaneamente servir de remate final a este subcapítulo e projectar o que se segue, referente aos espaços institucionalizados e serviços públicos.

Entendemos por mau-trato institucional aquelas situações não acidentais que produzem níveis de atenção abaixo da média esperada. É preciso perceber que as diversas acções são interpretadas distintamente por quem as exerce, por quem as sofre e por quem as observa, diagnostica, avalia e propões sugestões de intervenção.

As instituições administradas inadequadamente revelam uma elevada probabilidade de incorrerem em situações de mau-trato, podendo estes surgir frequentemente e em alguns casos serem assumidas, no quotidiano das instituições, como sendo actos normais e banais. A atitude negativa e prejudicial dos profissionais face aos residentes e a agressão e exigência destes para com aqueles, desconhecendo a realidade do trabalho dos mesmos, são factores que potenciam / incrementam estes riscos.

As investigações sobre a terceira idade evidenciaram que os idosos envelhecem melhor no seu espaço natural de residência. Esta ideia está subjacente às políticas sociais europeias que têm seguido um modelo de carácter comunitário e menos residencial, no que concerne à prestação de cuidados aos idosos dependentes. É feita a defesa da desinstitucionalização das pessoas idosas em prol de um processo de envelhecimento que ocorra no domicílio, pressupondo a continuidade da vida

quotidiana o mais possível. As relações que as pessoas idosas estabelecem com o seu território, com o seu espaço, com a sua casa são factores determinantes no processo de envelhecimento de cada indivíduo e não devem ser negligenciados.

De acordo com Bazo (1998), as actuais políticas sociais neoliberais que dão ênfase ao cuidado comunitário, assentam, implicitamente, no modelo que considera a família como o lugar idóneo para envelhecer. Contudo, os dados empíricos evidenciam que em Portugal esta linha orientadora nem sempre é seguida. Muitas são as famílias que optam por institucionalizar os seus progenitores. O número de pessoas institucionalizadas só não será maior porque a resposta à solicitação é claramente deficitária. Além das dificuldades em obter uma vaga num lar ou residência há ainda o obstáculo económico. Nem todas as famílias conseguem fazer face aos valores praticados pelas instituições.

Parece existir um certo paradoxo. A família é apontada e tida como a instituição central da nossa sociedade mas, ao mesmo tempo, parece ser ignorada pelas políticas sociais neoliberais, aquando da tomada de medidas de apoio familiar para a prestação de cuidados a idosos. Esta tese é sustentada pela escassez de serviços públicos vocacionados para um grupo etário que não pára de crescer.

Todavia, muitos são aqueles que terminam a sua vida numa instituição para idosos. Geralmente, esta opção não é bem acolhida pelos idosos que se sentem abandonados, negligenciados, desenraizados. Muitos são os preconceitos existentes em relação à institucionalização. O sentimento de abandono familiar apodera-se de muitos daqueles que alteram o seu quotidiano, abandonando o seu local de afecto e ingressando em instituições, que nem sempre lhes permitem viver a sua velhice com dignidade.

José Machado Pais, no seu trabalho *Nos Rastos da Solidão – Deambulações Sociológicas* (2006), ao estudar o universo dos idosos solitários teve como alvo de mira: os laços sociais. O autor considera que muita da solidão que retrata no seu livro é “*uma solidão de abandono e desamparo, de ruptura com laços afectivos, é uma solidão que expressa o desencontro com o outro, em alguns casos consigo*

mesmo.” Vaz refere um facto extremamente curioso, ou seja, a maioria dos lares têm nomes de flores ou fazem alusões a santos ou lugares santificados, podendo fazer supor que “*quase todos eles são paraísos de bem-estar*”.

Logicamente, nem sempre os nomes personificam o que se vive intramuros. Se há lares que prestam cuidados de excelência, propiciando o bem-estar necessário aos seus utentes, outros não obedecem aos requisitos mínimos para se manterem em actividade, os cuidados prestados são de péssima qualidade, o pessoal cuidador é pouco qualificado / capacitado e, por vezes, laboram ilegalmente anos a fio.

Morera (2005) diz-nos que o mau-trato grave, em meio institucional, acontece de forma excepcional. Considera ainda que se dão, com alguma frequência, formas que apelida de “*leves*” de mau-trato em forma de infantilização do idoso, surgindo problemas na preservação da intimidade ou atitudes desrespeitadoras da autonomia do indivíduo na instituição.

O choque entre a liberdade individual e as necessidades colectivas pode ser causador de diversos constrangimentos. A relação que necessariamente tem que se estabelecer entre o indivíduo e a instituição nem sempre é pacífica.

Os responsáveis pelas instituições sentem a necessidade de fixar determinadas normas de funcionamento: horários, estratégias de segurança, actividades a realizar, enfim, uma miscelânea de medidas que permitam agilizar o funcionamento organizacional da instituição. Na maioria das instituições, a orgânica é equacionada em termos de um grupo de pessoas que estas pretendem servir da forma mais equitativa possível. Normalmente, a individualidade de cada um não é tida em conta, podendo resultar daqui alguns conflitos com os anseios latentes dos idosos de disporem livremente do seu tempo, da sua intimidade e das suas liberdades individuais no sentido de eles próprios se organizarem autonomamente. Não raras vezes, não é tido em consideração o facto de todos os seres humanos serem diferentes uns dos outros. Todo o ser humano é uno, único e irrepetível.

Já anteriormente mencionámos que há um tipo de residências específicas para a população idosa que operam, na linha do paradigma de “*Instituição Total*”, tal como estas foram caracterizadas por Erving Goffman (Goffman, 1999). O mesmo será dizer que são instituições que funcionam como cadeias, quartéis, manicómios ou residências que constituem universos fechados, imperando a lógica do cumprimento das normas e a eliminação dos traços identitários dos cidadãos institucionalizados. O objectivo a alcançar é a implementação da imprescindível uniformização. Pais (2006), dá alguns exemplos que ilustram este tipo de instituições totais onde os idosos são “*despejados*” como “*pesos mortos*” e passam frequentemente a ser «*casos*» que ocupam “*cadeiras*” ou “*camas*”. Em alguns lares, os utentes são aconselhados a permanecerem em pijama e no seu quarto, preferencialmente no leito. Noutras instituições, os horários que vigoram são totalmente inflexíveis quer no que confere à organização das actividades, quer na limitação do tempo que as pessoas possam dispor para sair da instituição autonomamente.

Normalmente é negada ou dificultada a tentativa de personalizar o espaço que o idoso venha a ocupar. São erguidos “mil e um obstáculos” à vontade que os idosos demonstram em levar consigo alguns pertences. Há instituições que efectivamente se tornam alienantes, uma vez que as suas formas organizativas são orientadas para a despersonalização dos idosos em benefício de uma férrea orgânica normativa. A rigidez de normas e procedimentos padroniza também o local onde agonizam à espera da morte anunciada. Regra geral, morre-se mais frequentemente nos hospitais ou em pisos de fundos de asilos e lares de idosos, longe da família, apenas com a companhia de desconhecidos, das máquinas e da famigerada solidão. Cunha (1999), mostra que o deslocamento da morte para os hospitais encontra-se estatisticamente comprovado em Portugal. João Machado Pais ilustra claramente a triste e condenável realidade.

Associado a todas estas formas de mau-trato há ainda um factor que agrava a situação destas pessoas, ou seja, uma certa invisibilidade a que os idosos se encontram sujeitos. As visitas pouco frequentes dos familiares e o funcionamento

das instituições, muito hermeticamente fechadas sobre si próprias, dificultam a possível denúncia que alguém maltratado pretenda fazer às autoridades.

A solução encontrada por muitos é remeterem-se ao silêncio, esperando que o pior aconteça.

Na esfera pública ou institucional, podemos referir algumas situações que poderão também ser consideradas, tendo em conta o estudo de Corral e Castiello (2004), formas de maus tratos que ocorrem frequentemente. Há grandes lacunas no sistema nacional de saúde (*SNS*) que não permitem diagnósticos céleres e terapêuticas adequadas à situação, geralmente de fragilidade, dos idosos. A agravar esta situação, há, no seio dos profissionais de saúde, uma certa resignação perante as limitações dos idosos, um certo conformismo. O acesso aos cuidados de saúde também está bastante dificultado fruto das debilidades do nosso *SNS*.

Vislumbra-se uma certa tendência em sobrecarregar o idoso de tratamentos farmacológicos – polifarmácia. É do senso comum que com o avançar da idade coexistem diversas doenças no idoso, sendo a maioria doenças crónicas, determinando um elevado consumo de medicamentos. Os idosos são, possivelmente, o grupo etário mais medicado na sociedade contemporânea, essencialmente devido ao aumento de prevalência de doenças crónicas associadas ao avançar da idade.

Segundo Correia (2003), a coexistência de diversas doenças no idoso determina um elevado consumo de medicamentos, sendo os fármacos mais prescritos na população idosa os de uso cardiovascular, músculo-esqueléticos e os psicotrópicos. No que concerne, especificamente, aos idosos institucionalizados, os fármacos mais prescritos são os sedativos/hipnóticos e os antipsicóticos. A maioria dos idosos consome, no mínimo, um medicamento, e uma grande percentagem consome cinco ou mais simultaneamente. Por vezes, o uso irracional traduz-se em consumo excessivo de produtos supérfluos, ou não indicados, e em subutilização de outros, essenciais para o controle das doenças. Não raras vezes, as prescrições e as dosagens são desadequadas, podendo provocar efeitos adversos, criando situações de dependência. O uso simultâneo de múltiplos fármacos, frequente no

idoso, potencia o risco de efeitos adversos. Neste contexto, importa salientar que os medicamentos podem ser sobreusados, subusados ou mal usados. A atenção primária, a informação e o acompanhamento são aspectos fulcrais na toma equilibrada e desejada dos fármacos. O uso de medicamentos, entre os indivíduos acima de 65 anos, é factor de preocupação, dada a possível ocorrência de reacções adversas num organismo mais frágil. Dois aspectos podem agravar o problema: a qualidade da regulamentação sanitária e da assistência médico-farmacêutica. O uso de múltiplos produtos, a prescrição dos contra-indicados para os idosos, o uso de dois ou mais fármacos com a mesma actividade farmacológica e o treino inadequado da equipa de saúde favorecem o aparecimento dos efeitos adversos e das interacções. Tendo em consideração o que nos diz Correia (2003), a prescrição medicamentosa, no idoso, oscila entre dois extremos, ambos criticáveis: a subprescrição e a sobreprescrição. A carga excessiva de fármacos potencia consideravelmente a possibilidade de ocorrência de interacções medicamentosas. Esta situação além de poder provocar danos irreparáveis ao consumidor, causa uma sobrecarga financeira, por vezes insustentável, para o doente idoso. Em certas situações, a pessoa tem que optar entre os géneros alimentícios e a aquisição dos medicamentos que lhe permitam manter alguma qualidade de vida.

No que diz respeito especificamente a instituições hospitalares, Martin (1992) refere no seu trabalho de pesquisa *L'Infirmier Général et la Violence en Gériatrie – Quel Projet pour une meilleure qualité de vie?* que alguns especialistas descrevem várias situações de violência em instituições. Referem-se a sevícias infligidas aos idosos, ao tom injurioso e/ou jocoso utilizado por alguns profissionais. Martin, enfermeiro, verificou na sua prática profissional que as faltas de respeito para com os idosos são recorrentes e quotidianas. As ordens dadas aos idosos, bem como as reprimendas são brutais. Os idosos são culpabilizados pelas suas perdas de autonomia. Não querendo julgar ninguém, constatou que alguns colegas não possuíam a formação e o enquadramento necessários à realização de um trabalho de qualidade. Segundo Martin, há determinados vectores caracterizadores dos contextos institucionais. O acto de colocar um idoso numa instituição pode, por si só, ser considerado por este como uma violência. No caso

concreto de pessoas hospitalizadas, as estruturas habituais são compostas por inúmeras camas, impossibilitando a privacidade de cada um dos internos.

Não escamoteemos o facto de existirem também maus tratos cometidos pelos residentes nas mais diversas instituições de acolhimento. Os maus tratos podem ser cometidos por residentes sobre colaboradores ou sobre outros residentes. Atitudes agressivas, por parte dos idosos, podem resultar de múltiplos factores: o idoso pode estar sob stress, tornando-se impaciente e agressivo; pode sentir-se ofendido fruto duma situação que julgue ter sido insultuosa, humilhante ou desrespeitadora; poderá ainda sofrer de alguma perturbação mental que lhe limite a capacidade avaliativa das situações que possam ocorrer. A não-aceitação da sua situação, enquanto pessoa institucionalizada, associada a uma parca capacidade de compreensão da realidade que o rodeia pode ser causa geradora de um certo sentimento de ameaça potenciando reacções agressivas para com os outros.

Sintetizando, há, de facto, uma realidade preocupante como nos informa Hespanha (2000).

A qualidade de vida das pessoas idosas que habitam em estruturas residenciais depende da articulação de um conjunto complexo de factores organizacionais e relacionais que tenha como objectivo nuclear o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerado na sua individualidade como Sujeito de direitos vivendo uma fase da vida muito relevante no percurso da sua realização como pessoa. Fora do seu meio familiar o idoso necessita de especiais empenho e competência dos responsáveis e colaboradores da estrutura residencial, remunerados e voluntários. Para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada idoso possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

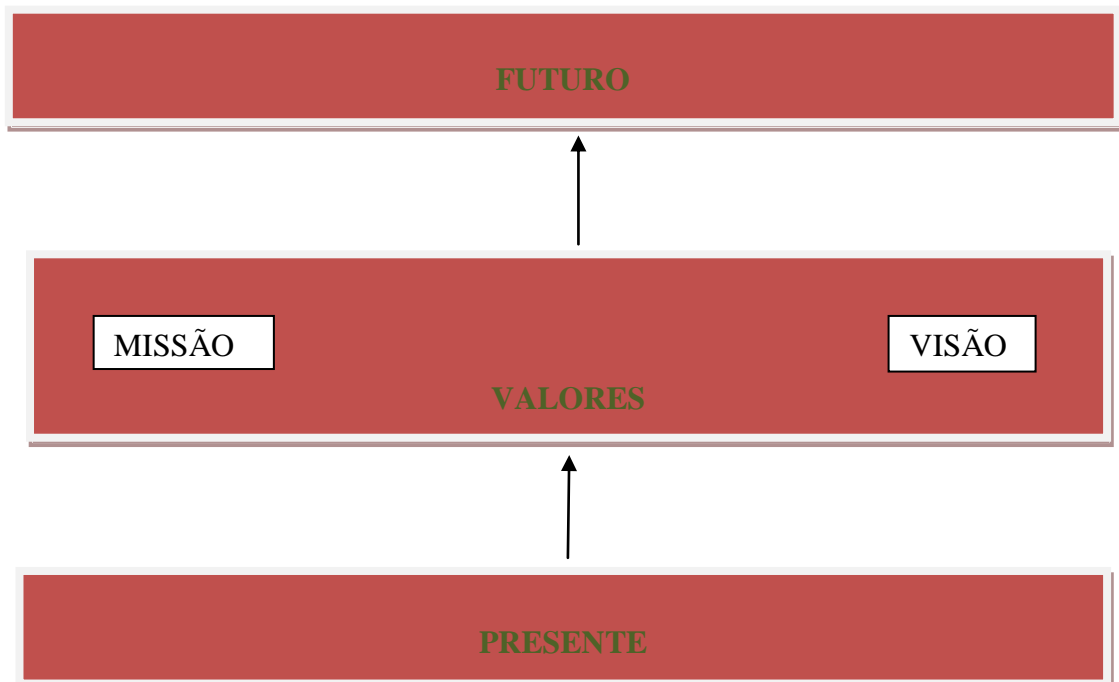
Consciente das problemáticas adjacentes a esta população institucionalizada, o *Instituto de Segurança Social* publicou um “*Manual de Boas Práticas – Um Guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*” (2005) para dirigentes,

profissionais, residentes e familiares. Esta publicação, consubstanciada em exemplos práticos, define os princípios orientadores de uma estratégia institucional que vise alcançar e proporcionar o bem comum: Para poder dar resposta aos seus residentes e à comunidade em que se insere, uma organização deve adoptar princípios orientadores e comuns a todos os que nela colaboram. São estes princípios que a definem como única no serviço que presta.

No fundo, estamos a falar de cultura organizacional: como fazemos, porque fazemos e que objectivo perseguimos. A cultura organizacional deve orientar-se para e por uma missão comum e ter uma visão clara do futuro que deseja, cumprindo normas éticas e obedecendo a valores fundamentais.

A exigência de qualidade tem de ser um imperativo na gestão organizacional das estruturas residenciais. Para fomentá-la, há que encontrar um equilíbrio entre os direitos, deveres e responsabilidades de todos.

A estratégia de qualquer organização deve assentar em três pilares básicos: **a missão**, os **valores** e a **visão**.



Fonte: Vicente *et al.* (2005, p. 14). *Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas.*

1.3. A violência social

A violência faz parte da história da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade que não tenha na sua história registos de situações de violência. A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. A dialéctica do desenvolvimento social traz à superfície os problemas mais essenciais e angustiantes do ser humano.

Desde tempos imemoriais que existe uma inquietação do ser humano em entender a essência do fenómeno da violência, a sua natureza, as suas origens e quais serão os meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido, seja no âmbito filosófico, seja no âmbito das Ciências Sociais e Humanas, permite inferir, no entanto, alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto este é controverso, em quase todos os seus aspectos.

É, hoje, praticamente unânime a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenómeno biopsicossocial, mas o seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que apelar para a especificidade histórica. Estamos na presença de um comportamento apreendido e interiorizado culturalmente. Daí se concluir, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da Política, da Economia, da Moral, do Direito, da Psicologia, das Relações Humanas e Institucionais, bem como do Plano Individual.

Na sua dialéctica de interioridade / exterioridade, a violência integra não só a racionalidade da história, mas também a origem da própria consciência, por isso mesmo não podendo ser tratada de forma fatalista: é sempre um caminho possível em contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização. Dias (2004), corroborando Domenach (1978), afirma que “a violência está incorporada na condição humana, emergindo paradoxalmente, como uma condição necessária ao estabelecimento de relações interpessoais”.

Enquanto conceito, a **violência** resulta de um complexo processo de construção social, na medida em que incorpora, na perspectiva de Lourenço (1992), “não só os actos, as situações mas também os atributos sociais de quem a pratica”.

Se abordarmos o conceito do ponto de vista etimológico, verificamos que o termo deriva do latim “**violentia**”, o qual significa violência; carácter violento ou bravio e força. A violência é um conceito extremamente polissémico e reveste-se de uma multiplicidade de aspectos, não podendo ser analisada de um ponto de vista singular.

A violência tem marcado, infelizmente, presença nas relações sociais e familiares ao longo das muitas gerações que nos antecederam. Nos últimos anos este fenómeno tem vindo a agudizar-se, talvez em razão da maior visibilidade alcançada, na esteira da humanização dos costumes e da «suavização» das sociedades. Não restam dúvidas de que a aversão à violência tem vindo a aumentar, especialmente porque, no que concerne à violência doméstica, esta tornou-se inadequada e impensável no quadro da família moderna. A nova orgânica familiar, baseada em relações de amor e não apenas contratuais, contrasta com o contexto social violento em que existia na família tradicional. Enquanto a família se erigiu, submissa ao poder patriarcal, a violência doméstica permaneceu escondida, uma vez que era permitido ao chefe de família exercer o seu poder, perante os restantes membros do agregado familiar, nem que para isso tivesse que recorrer ao uso da força, através da prática de actos violentos, muitas vezes, atentatórios da saúde e mesmo da vida daqueles que a eles estavam sujeitos.

Giddens (2004) lança uma ideia que coloca por terra “o mito da família idealizada”:

“A casa é, de facto, o lugar mais perigoso da sociedade moderna. Em termos estatísticos, seja qual for o sexo ou a idade, uma pessoa estará mais sujeita à violência em casa do que numa rua à noite. Um em quatro assassinatos no Reino Unido é cometido por um membro da família contra outro.”

Considerando estas palavras, e perscrutando o contexto nacional, é cada vez mais consensual que o lar pode tornar-se um local perigoso. Há um número elevado de crimes violentos cometidos entre membros da família, no interior das «quatro

paredes», local que deveria funcionar como sítio de aconchego, segurança, amor, solidariedade, mas que, em situações – limite, poder-se-á transfigurar e assumir-se como um local horrendo, no qual se desenrolam conflitos e abusos de poder.

A banalização da violência doméstica assenta num conjunto de factores: a vida familiar é caracterizada por uma combinação entre a intensidade emocional e a intimidade pessoal; os laços familiares normalmente estão impregnados de emoções fortes, que misturam frequentemente amor e ódio e os desentendimentos despoletados no contexto doméstico podem suscitar antagonismos que não alcançariam a mesma dimensão nem seriam sentidos da mesma forma em contextos sociais distintos do enunciado.

Estes dados devem gerar uma grande preocupação, se aspiramos a uma sociedade com relações sociais mais justas e tolerante ante as diferenças existentes entre as pessoas. É, no nosso entender, na diferença que reside a riqueza das relações sociais. As relações têm-se degradado progressivamente talvez porque vivemos numa era capitalistas e neoliberal que tem no triunfo do capital o objectivo máximo, descuidando os direitos sociais, as grandes clivagens, com tendência a aumentarem, entre ricos e pobres. Nos últimos anos, assistimos à inevitável, e quem sabe irreversível, agudização dos problemas económicos. Logicamente, surgem, neste contexto de depressão económica, as frustrações próprias da sociedade de consumo, a desigualdade de poderes na sociedade e no interior das famílias. Não somos anti-globalização! Defendemos apenas que esta deveria assentar noutros pressupostos, não se cingindo ao poder do capital. Parece cristalino que as grandes alterações provocadas pela globalização do mercado e das comunicações, trouxeram consigo um processo crescente e inexorável de exclusão social que tendencialmente agrava os problemas e se manifesta em atitudes agressivas contra as mulheres, as crianças e os idosos, isto é, contra os «elos» mais fracos da “corrente humana”. Alain Touraine (2007), “um dos últimos *maîtres à penser* do século XX francês”, caracteriza muito bem o contexto social em que nos encontramos inseridos:

“É verdade. A realidade de hoje é a globalização. Hoje há poderes mundiais que não são controlados por ninguém. Há redes. Há mercados. O resultado é o fim do social, pois o social significa uma forma de controlo – através dos impostos, da escola, o

Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso

que quisermos. Vivemos num mundo em que as instituições sociais estão em crise. A cidade, a política, a escola, a família – tudo está em crise”.

Urgem soluções céleres para estas crises globais, as quais contribuem decisivamente para a ruína, ou mesmo total falência, do Estado Social.

A violência social é considerada por alguns especialistas como uma “emergência nacional”. Para fazer face a esta problemática, foi criado um Portal na Net (www.centrodeemergencia.com). Manuel Melo, director do Centro de Contacto, explica, nas páginas do Diário de Notícias, para que serve este serviço criado em 2005:

“O objectivo é dar os elementos às pessoas sobre as estruturas de apoio a que podem recorrer, não se aceitando denúncias ou pedidos de socorro (...) Permitindo o acesso de forma gratuita a todos os tipos de utilizadores, desde profissionais ao simples cidadão, o portal tem uma área de contactos e ligações para os respectivos "sites", como por exemplo APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), INEM, PSP ou Instituto de Droga e Toxicoddependência. O "site" vai fazer ainda um "acompanhamento das notícias e do que acontece neste universo", e conter fóruns de discussão onde os vários intervenientes podem falar e trocar experiências.”

A violência social é um problema de saúde pública que requer uma intervenção oportuna e eficiente nos diversos âmbitos. Sabendo-se que todos os estudos realizados reflectem a gravidade da situação, a violência intrafamiliar não tem sido uma problemática analisada e intervencionada adequadamente na maioria dos países, nem tão pouco tem tido o acompanhamento necessário e indispensável. À escala nacional existem alguns registos, compilados por organismos distintos, mas a magnitude exacta do problema permanece uma incógnita por desvendar. As poucas informações, relativas a este fenómeno, talvez se devam à recente problematização do mesmo.

Como a violência contra a criança só começou a ser considerada a partir da década de 60, quando a “síndrome do bebé espancado” começa a ser reconhecida e tratada, inicialmente nos Estados Unidos e depois também no Canadá. Só nesta década é que a violência começa a ser encarada, pelo sector da saúde, como sendo uma questão de saúde pública. A partir da década de 70 surgem as primeiras

preocupações com a violência praticada contra as mulheres, contando com o fulcral contributo do movimento feminista. Foi igualmente na década de 70 que começaram a surgir os primeiros relatos de violência contra os idosos nos Estados Unidos e na Inglaterra, a designada «*violência contra os avós*».

A escalada da violência, com respeito às pessoas particularmente mais vulneráveis, massivamente desprotegidas, por parte de pessoas confiáveis (cuidador informal ou cuidador formal / profissional), encontra-se alavancada na clara desvalorização do indivíduo mais velho por parte das gerações mais novas, olhado como um enfermo, em boa parte devido às suas regressões físicas e psíquicas, traços naturais do envelhecimento do ser humano. Esta visão preconceituosa do “outro” resulta na escassa atenção dada às necessidades do idoso. Este menosprezo provoca sentimentos estigmatizantes que o idoso vai absorvendo até que perde a real noção da sua própria imagem, da sua auto-estima.

Os conflitos intergeracionais poderão ter na sua génese a transversalidade do fenómeno da violência. Vejamos, com o passar dos anos, produzem-se inversões nas relações de dominante / dominado entre o idoso vítima e o filho ou cônjuge agressor. Simplificando, em muitos casos, o maior que se torna vítima de maus tratos já foi, anteriormente, autor de actos de violência cometidos contra quem o vitimiza. Estas «vinganças» são potenciadas sempre que os membros da família se caracterizem por uma escassa auto – estima, ténue inserção social e se envolvam em práticas toxicómanas.

Também o modelo de sociedade que se tem instalado, com especial incidência nos países ocidentais, tende para um exacerbado individualismo, regido pela imperativa conquista de sucesso profissional, que permita a manutenção de um determinado *status quo* desvalorizando os processos e as redes de solidariedade, tanto familiares como sociais. Objectivamente, são, com toda a certeza (como o comprovam os estudos realizados em vários países), as pessoas cuja exclusão é mais frequente as que recorrem à violência, como forma reguladora dos múltiplos conflitos, aos quais se expõem ou são expostas. A manutenção das redes familiares, sociais e/ou de vizinhança é fulcral. Igualmente fundamental é a capacitação de todos os cidadãos para a resolução pacífica de conflitos

interpessoais. Hoje, o conflito é encarado como um processo essencial à vida em sociedade. O conflito ocorre em todos os níveis da vida social, é indissociável do relacionamento humano e está necessariamente presente como refere Jaca (2005). O conflito está presente nas relações pessoais, laborais, institucionais, internacionais, entre outras. Não raras vezes, o conflito foi encarado como sendo sinónimo de violência. Mas, a violência é, apenas, uma forma de viver o conflito, é uma das muitas reacções possíveis a situações conflituosas afirma Beltrão & Nascimento (2000). Sendo o conflito, segundo Cunha (2001), indissociável dos vários sistemas sociais, não deve ser encarado como negativo. É fundamental descobrir a perspectiva positiva do conflito. Muitos autores advogam benefícios resultantes do conflito. De acordo com esta ideia, Serrano (*cit in* Jaca 2005) afirma que o progresso é impossível sem mudança e por trás de qualquer mudança há sempre um conflito. Nesta linha de pensamento, o importante não é eliminar o conflito, mas sim prevê-lo, reconhecer as suas características, evitar a escalada do conflito e analisar pormenorizadamente as suas causas bem como a sua dinâmica. Posteriormente, estabelecer-se-ão quais as melhores estratégias a utilizar para resolver os conflitos de forma construtiva.

Neste sentido, urge debater e sistematizar as experiências acumuladas, ao longo dos anos, nas múltiplas instituições e organismos públicos e privados e validar os conhecimentos obtidos através da sua análise séria e criteriosa. Importa ainda discutir teorias, métodos e técnicas, aprofundar a investigação e o estudo integral do fenómeno da violência e procurar mecanismos, estratégias e formas alternativas de enfrentá-la, favorecendo e promovendo uma cultura de paz e respeito pelos direitos humanos. Estes objectivos são alcançáveis, através de um processo de mútua aprendizagem e permanente permuta de saberes educativos, da participação pró-activa e das múltiplas e distintas vivências que auxiliem positivamente a avaliar, descobrir e reconhecer este problema nos âmbitos social e familiar. Os trabalhadores sociais terão aqui uma palavra a dizer, mais do que uma palavra, terão um campo infindável de acção, no intuito de se comprometerem com a construção de uma sociedade mais sã, mais equitativa e mais respeitadora de todos os cidadãos, independentemente da idade, da raça ou do sexo.

Creemos que uma das primeiras e árduas empreitadas a ter em linha de conta, por parte do Trabalho Social, recai na urgente sensibilização a levar a cabo da obrigatória denúncia de toda e qualquer situação de violência, seja esta levada a cabo por familiares ou não, no interior do lar, na rua ou em contexto institucional. Este trabalho deve ser encarado como uma etapa prioritária porque um dos grandes obstáculos à detecção das situações de maus tratos é o habitual silêncio das vítimas, pulverizado e eternizado pelo medo das consequências posteriores, pois o agressor é alguém que lhe é próximo, alguém por quem, apesar das agressões, a vítima nutre sentimentos de apego, quer pela familiaridade (no caso de cônjuges, filhos, outros familiares) quer pela total dependência em relação ao agressor que pode simultaneamente ser o cuidador.

1.4. O problema do silêncio das vítimas

“Os actos de violência contra idosos estão a aumentar em Portugal. Em 2002 chegaram à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) quase dois mil casos de violência contra os mais velhos. Mais 261 queixas do que no ano anterior. O agressor tanto é o companheiro como são os próprios filhos. O suicídio na terceira idade também é uma realidade a ter em conta. Os números reflectem o abandono por parte da família. (...) Mas há quem aguente sem falar. Vítimas de crimes, mas que escondem a cara. Preferem o silêncio a perder a família. Muitas queixas não chegam às polícias. Chegam sim, à APAV, por amigos que detectam os maus tratos dos familiares.” (Costa, 2003).

“Das 2911 queixas recebidas na PSP em 2006, apenas 139 são respeitantes a violência contra idosos. “Os idosos são vítimas silenciosas, já que não apresentam queixa por medo”, garantiu fonte do gabinete do Procurador-Geral da República (PGR) ao DN.” In DN (2008).

A violência que assola os idosos, que como já vimos não é um feito novo na sociedade, mas histórico, que vem crescendo em proporções alarmantes; para muitos é motivo de silêncio, eis que poucos têm coragem de denunciá-la, e os próprios idosos, vítimas, também estão impedidos de fazê-lo, levando em consideração que são, na maioria das vezes, dependentes dos agressores, o que gera insegurança, além de serem limitados fisicamente e temerem uma represália por parte do familiar agressor.

Detectar casos de maus tratos não se antevê uma missão fácil, na medida em que as situações que envolvem esses eventos são, na sua maioria, “resolvidas (?)” dentro e pela família, criando-se o que Figueiredo (*cit. in* Bernardo, 2007) chama de «a conspiração do silêncio», transformando esse tema em «maldito» na medida em que, ao abordá-lo, se está a desvendar uma face que a família tem todo o interesse em manter oculta. Mesmo em situações em que se pratique a violência física, a pessoa idosa pode sentir-se embaraçada e arranjar uma desculpa para as possíveis nódoas que possam visualizar-se no seu corpo. Se não existem marcas, sinais exteriores de violência, a pessoa idosa escuda-se num silêncio severo.

Uma vigilância apertada sobre a pessoa idosa que a impossibilite de se exprimir ou de manter contactos com o exterior poderá ser também considerada um forte indício de que algo poderá estar a ser escondido. As pessoas idosas, porque se encontram muito frequentemente numa situação de fragilidade e dependência, constituem um grupo particularmente vulnerável aos maus tratos. Os profissionais, na condição de prestadores de múltiplos cuidados, devem estar preparados para operacionalizar acções de prevenção, evitando-os, sempre que possível, munindo-se de todos os meios que estejam na sua órbita de forma a detectá-los em tempo útil. Importa agir habilmente e profissionalmente para os erradicar e reunir todos os esforços, no sentido de responsabilizar os seus autores.

Robert Cario (2005), investigador da Universidade Francesa de Pau, indica as causas proeminentes para a não revelação do mau trato sofrido pelo idoso, considerando-as assaz preocupantes na medida em que levam a vítima a interiorizar um sentimento de culpa. As **vítimas culpabilizam-se**: têm vergonha de ser velhos, de viverem tanto tempo, de não corresponderem ao modelo dominante (de juventude, beleza, produtividade, saúde, entre outros); sentem a vergonha do hipotético escândalo familiar ou na instituição; medo de represálias, da desunião familiar, do isolamento afectivo, social, a um internamento, a expulsão do centro, o orgulho de cuidar de si mesmo, de resolver os problemas da família, a renúncia de denunciar a alguém o que se passa pelo risco que julga correr de ser condenado; a presença habitual da violência na família (transversalidade do fenómeno), o desconhecimento das possíveis ajudas; os recursos disponíveis e, essencialmente, a

dificuldade em colocá-los em marcha; as perturbações da comunicação devido a problemas cognitivos.

Os próprios **membros da família** podem negar-se a denunciar as vitimizações por temor de ver um dos seus membros perseguido penalmente, pelo medo de que se ponham em evidência negligências no cuidado da pessoa idosa que lhes possam ser imputadas. Podem existir dúvidas no que concerne à confiança a depositar nos profissionais que intervêm no processo. Também fortemente dissuasiva é ameaça de enviar o idoso vitimizado para o internamento numa instituição.

No que diz respeito às pessoas institucionalizadas, nas quais os profissionais possam levar a cabo tais práticas inaceitáveis, em algumas circunstâncias os colegas de trabalho hesitam, ou voltam para trás, no momento da denúncia, em resultado de um equivocado respeito pela confidencialidade, ou até por medo de perder o emprego.

Quando os profissionais exercem a sua função no domicílio do idoso, podem igualmente surgir algumas dúvidas na hora de fazer a obrigatória denúncia, em algumas situações, pelo respeito nutrido pela privacidade das famílias. Esta situação é deveras preocupante, se consideramos, as indicações de Grossi e Souza (2003, p.9), segundo as quais, a atitude de não respeito à capacidade de agir, responder e opinar sobre assuntos do seu interesse, pode ser considerada um tipo de violência, que, na maioria das vezes, passa despercebida aos familiares, pelos profissionais de saúde e pelo próprio idoso.

Considerado “rezingão, caduco, esclerosado, inválido, improdutivo”, o idoso sofre abusos que se vão consumando através do descuido, da omissão, das ofensas, sejam elas funcionais ou físicas, bem como através da posição de abandonado que o mesmo enfrenta na sociedade. Ademais, não tenhamos dúvida de que o problema da violência doméstica contra os idosos é um tema de grande complexidade para ser investigado, e contém aspectos importantes, como as condições de vida dos familiares, os aspectos sociais e os valores e princípios morais construídos ao longo da vida, sem contar que o problema fere a dignidade das vítimas mais do que tudo ao longo de toda a vida.

Diante das considerações tecidas, sentindo o peso da responsabilidade no campo ético, no ponto de vista de cidadãos que desejam valorar a qualidade de vida dos idosos, assumimos a missão de explicar sobre o problema da violência contra os mesmos, alertando a sociedade da gravidade das consequências dos maus tratos sofridos, caracterizando os tipos de violência praticada e analisando as implicações dessa violência para o bem-estar geral dos idosos.

1.5. Teorias explicativas dos maus tratos

Importa também teorizar em torno daquilo que consideramos como comportamento abusivo. Não sendo nosso objectivo central deste estudo aprofundar exaustivamente as diversas concepções teóricas em torno dos comportamentos abusivos, não podemos deixar de fazer alusão às várias teorias que nos possam auxiliar na explicação e interpretação dos comportamentos conducentes a situações de maus tratos: o Modelo do Stress Situacional; A Teoria da Troca Social; O Modelo da Violência Transgeracional; o Modelo da Violência Bidireccional e o Modelo de Psicopatologia do Perpetrador. Seguidamente, exporemos, em traços gerais, o conhecimento teórico produzido neste domínio que, tal como em quaisquer outras áreas, se tem revelado um tema bastante complexo. A falta de unicidade nas explicações teóricas é, como refere Alves (2005), secundada pela heterogeneidade de factores de risco para o abuso de idosos, apontados por vários trabalhos de investigação (Dyer e Rowe, 1999; Wolf, 1998; Hirsh, 2001).

Nesta linha de pensamento estão também autores como Wolfe e Pillemer (1989), estes entendem que a identificação dos factores que colocam os idosos em risco de serem vítimas de violência não se deve basear exclusivamente nos estudos realizados sobre esta problemática, devido à sua inconsistência metodológica e à diversidade de definições por eles utilizadas. Assim, defendem que deve ser realizada uma revisão da literatura disponível. Essa revisão permitiu-lhes identificar as já referidas cinco perspectivas teóricas. Os autores adiantam também que os factores de risco estão intimamente e inevitavelmente interligados com a

violência doméstica e entendem que existe uma certa pobreza conceptual no âmbito desta problemática. Terão contribuído decisivamente para estas lacunas, a consideração tardia da questão dos maus tratos aos idosos, motivada pela controvérsia no plano da definição do próprio conceito de mau-trato e pela multiplicidade de critérios aplicados para a identificação dos idosos em risco. Segundo Pillemer e Sutor (1988), estes factores, congregados, contribuíram para que, neste campo da violência doméstica, a evolução, no que concerne ao seu conhecimento e análise, não se tenha desenvolvido a um ritmo similar ao que aconteceu com a violência sobre as crianças e as mulheres.

Observemos, então, os cinco modelos teóricos:

a) O modelo do stress situacional

Segundo este modelo, os maus tratos são um fenómeno situacional que ocorre quando se produz stress no cuidador. Sendo este stress provocado maioritariamente pela incapacidade física ou mental da vítima, bem como por condições sócio-económicas desfavoráveis e por baixas competências de *coping* do cuidador. Os maus tratos praticados contra o idoso seriam potenciados pelo stress vivenciado pelo cuidador. Sendo esta realidade um problema muito presente na actualidade, é necessário, na perspectiva de McDonald e Collins (2000), incrementar nos cuidadores formais e informais competências de *coping* para lidar com as situações de stress inerentes ao complexo acto de cuidar. Para fazer face a este problema já existem alguns programas específicos destinados a cuidadores.

A este stress inerente à função de cuidador, poder-se-á falar também do stress experimentado pelo indivíduo no exterior, produzido por variáveis estruturais como o desemprego e as condições económicas, muitas vezes bastante desfavoráveis, podendo contribuir largamente para que o indivíduo se torne violento com o idoso.

b) A Teoria da troca social

Esta teoria defende que as interações humanas são transacções que procuram maximizar as nossas recompensas (ganhos) e minimizar os nossos custos (perdas), por isso temos tendência a manter aquelas relações nas quais os ganhos excedem os custos e a terminar aqueles em que os custos são maiores que os ganhos. O fenómeno do envelhecimento normalmente leva a que as pessoas se tornem mais dependentes e – muito por causa do denominado “*ageism*” - se vejam envoltas num mais baixo estatuto social. Estes factores provocam alguns desequilíbrios nas permutas sociais entre o idoso e o seu cuidador.

Efectivamente, cria-se progressivamente uma diferença substancial de poder, sentindo o cuidador maior poder e simultaneamente uma recompensa menor na relação. De acordo com Wilber e McNeily (2001), estes factores podem levar ao abuso / maus trato dos mais variados tipos: desde o abuso financeiro até aos maus tratos físicos e psicológicos. Dias (2004), chama a atenção para os casos em que está latente uma dupla dependência: do idoso face aos cuidados elementares que lhe são prestados por alguns membros da família, e destas pessoas em relação às prestações económicas do idoso, podendo desencadear situações de tensão e expor irremediavelmente os idosos a um risco agravado de serem vítimas de violência.

c) O modelo da violência transgeracional

Segundo este modelo, o abuso dever-se-ia a uma aprendizagem, ao longo do desenvolvimento (ciclo de violência familiar) adquirida pela observação e/ou experiência de abuso ou maus tratos que se perpetuam de geração em geração. Sintetizando, as crianças mal tratadas ou abusadas posteriormente tornar-se-iam abusadores. A transmissão intergeracional dos comportamentos violentos insiste no argumento da teoria da troca social: uma criança educada num contexto familiar violento tornar-se-á um adulto violento (Dias, 2004). Strauss, Gelles e Steinmetz (1988) informam que a pesquisa empírica realizada sobre a violência contra as crianças tem

demonstrado que a experiência da violência na infância está fortemente correlacionada com o uso de práticas punitivas violentas dos pais sobre os seus próprios filhos. Poderemos com alguma segurança avançar com a ideia de que os indivíduos que maltratam os idosos podem ter sido criados em contextos familiares violentos. Contudo, até agora, esta hipótese ainda não foi devidamente provada. Não podemos deixar de dizer que nem sempre o ciclo de violência se reproduz. Wolf e Pillemer (1989) dizem-nos que há inúmeros exemplos de que nem sempre os indivíduos reproduzem os comportamentos violentos que testemunharam ou de que foram vítimas em criança.

d) O modelo da violência bidireccional

De acordo com a perspectiva deste modelo, a violência e o abuso são praticados tanto pelo cuidador como pela pessoa que recebe os cuidados, daí a designação bidireccional. Parece ser, segundo Alves (2005), um fenómeno típico de famílias que ao longo do seu ciclo de desenvolvimento exercem controlo uns sobre os outros gritando, batendo ou ameaçando. Poderemos entender que estas situações se desencadeiam maioritariamente naqueles núcleos familiares que Liliana Sousa (2005) define como sendo famílias multiproblemáticas⁷. Nestas famílias a hierarquia, fruto da desorganização organizacional e relacional, a hierarquia do poder está comprometida, a desorganização é levada ao extremo. As emoções experimentam-se com grande intensidade e escasso controlo: o amor e o ódio, a alegria e a tristeza podem resultar tão intensos como efémeros. Segundo autora, estas famílias *“Vivem o império da acção, pois não existe o hábito ou a competência de reflectir através da metacomunicação, o que facilmente gera agressão (verbal e/ou física).”*

Curiosamente, Steinmetz (1988), que atribuiu o nome a este modelo, verificou que em muitos casos há mais violência da parte de quem recebe os cuidados do que pela parte do cuidador.

⁷ «As famílias multiproblemáticas (ou severamente disfuncionais) distinguem-se pela presença de um ou mais sintomas sérios e graves de longa duração e forte intensidade (Weizman, 1985). São famílias em que a violência, abuso de substâncias, incesto e outros sintomas severos co-existem por longos períodos de tempo.»

e) O modelo de psicopatologia do perpetrador

Neste modelo, o risco de abuso está intimamente relacionado com as características do indivíduo que perpetua os maus tratos. Em estudos realizados nos Estados Unidos, por Wolf e Pillemer (1989), 38% dos abusadores tinham história de doença mental e 48% referiram uma diminuição na saúde mental.

Capítulo II. Impacto dos maus tratos na qualidade de vida do idoso

Se por um lado a situação de perda da autonomia propicia os maus tratos ao idoso, por outro a inactividade e o sedentarismo começam a deixar de ser, cada vez mais, sinónimo do seu dia-a-dia.

A inactividade e o sedentarismo começam, cada vez mais, a deixar de ser sinónimo do dia-a-dia dos seniores. A imagem clássica que guardamos de os ver sentados num banco de jardim, a narrarem as suas memórias aos netos, ou a disputarem um jogo de dominó com os seus pares parece estar a alterar-se. Com efeito, e apesar de ainda não ser um comportamento amplamente generalizado, muitos são os idosos que estão a deixar a calma das cadeiras de baloiço em troca de actividades físicas que os fazem retomar a energia e vitalidade. Estar bem fisicamente é meio passo para se manter independente à medida que vai envelhecendo e, ao mesmo tempo a melhorar a sua qualidade de vida. Corpo sã em mente sã é uma máxima que, embora nos remeta para a antiguidade clássica, ainda se mantém em voga, talvez mais do que nunca. O bem-estar integral do ser humano, produto da complementaridade entre a componente física e a emocional, contribui decisivamente para o nível de satisfação pessoal do idoso. A manutenção da independência é um factor primordial que, normalmente, obsta aos maus tratos. A literatura diz-nos que um grande número dos idosos mal tratados evidencia grandes índices de dependência em relação ao abusador. A qualidade de vida é um evento multideterminado e na perspectiva de Lawton (*cit. in* Diogo 2006):

“A qualidade de vida na velhice depende da constante interacção de muitos elementos ao longo da vida, e, portanto, a sua avaliação envolve critérios socionormativos e intrapessoais relacionados às relações actuais, passadas e prospectivas entre o idoso e o ambiente”.

2.1. Noção de qualidade de vida

O envelhecimento como fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI. A Qualidade De Vida (QDV) dos idosos é um tema de importância crescente a par de outros assuntos gerontológicos, tais como a idade da reforma, os

meios de subsistência, o estatuto do idoso na sociedade, a solidariedade intergeracional e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde.

O envelhecimento populacional é um triunfo da humanidade, resulta do desenvolvimento das sociedades que se vão munindo de ferramentas que permitem ultrapassar os percalços e adversidades da natureza. Curiosamente, esta vitória pode ser entendida como paradoxal, pois acarreta preocupações, tidas por muitos responsáveis governativos como problemas, uma vez que estes ganhos podem significar anos de sofrimento e infelicidade, anos de perdas, incapacidades e dependência. O gradual envelhecimento das populações suscitou a necessidade de se avaliar a qualidade de vida dos indivíduos.

O termo *qualidade de vida* é bastante abstracto, daí que se encontre envolto de uma polissemia significativa, a qual não deve ser descurada, uma vez que para diferentes pessoas, em diferentes lugares e em ocasiões diferentes este pode adquirir significados bem distintos. Daí que existam imensas definições para QDV. Este conceito encontra-se submetido a múltiplos pontos de vista e tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo.

Parreira (2006) considera que o construto da QDV se insere na perspectiva da pessoa humana como um sistema vivo e activo que se auto-organiza por diferenciação e integração de múltiplas facetas e se auto-regula nas variadas respostas com que se relaciona com os ambientes onde se afirma. Por conseguinte, Ruiz (2001) afirma que a qualidade de vida e a saúde não são sinónimas. Tendo a QDV uma componente subjectiva, podendo ser considerada a diferença entre o actual e o ideal. A autora entende que a QDV abarca não só a saúde, mas também o meio ambiente, o salário e o estilo de vida.

O grupo de especialistas em QDV da OMS elaborou um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, usando um enfoque transcultural, tendo em atenção que embora não exista definição consensual de QDV, não deixa de haver uma considerável concordância, entre os pesquisadores, acerca de algumas características do construto. Referem a existência de três características principais

do construto, partilhadas por distintas correntes de opinião: subjectividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Consideremos agora o conceito de QDV, segundo a OMS (1994), adoptado também em 2002 pela mesma organização num projecto de política de saúde que visava informar a discussão e a formulação de planos de acção que promovam um envelhecimento saudável:

“Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com características proeminentes no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia⁸ e a independência⁹.”

2.2. Qualidade de vida versus envelhecimento activo

Um dado irrefutável é o facto de a QDV que as pessoas terão quando assumirem o estatuto de avós depender simultaneamente do apoio que lhes venha ser prestado pelas gerações posteriores e dos riscos e oportunidades que experienciem durante a vida. QDV e *envelhecimento activo* são dois conceitos que parecem andar, cada vez mais, de mãos dadas e que surgem mais frequentemente na linguagem quotidiana da população. Para a divulgação destes conceitos muito têm contribuído os *media* e especialmente os trabalhos académicos que têm vindo a ser publicados. Para que o envelhecimento ocorra substanciado em QDV, seja uma experiência positiva, devem ser oferecidas oportunidades contínuas para a saúde e proporcionar-se a participação e a segurança. Neste sentido, a OMS define o *envelhecimento activo* como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, tendo como objectivo central melhorar a QDV à medida que as pessoas envelhecem. Também no que concerne ao conceito de

⁸ De acordo com a OMS, *Autonomia* é a habilidade de controlar, tomar e arcar com decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com as suas regras e preferências.

⁹ De acordo com a OMS, *Independência* é geralmente entendida como a habilidade de executar funções relacionadas com a vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente ma comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

envelhecimento activo, este não se refere apenas à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho, o conceito é bem mais abrangente e engloba a participação contínua nas questões sociais, espirituais e civis. O objectivo é aumentar a expectativa de uma vida saudável¹⁰ e a qualidade de vida para todas as pessoas que envelhecem, inclusivamente as que possam ser mais frágeis, incapacitadas fisicamente e que necessitam da prestação de cuidados formais ou informais. Com base nestes pressupostos, facilmente se compreende que Antonovsky e Mechanic (*cit. in* Parreira, 2006) identifiquem como decisiva a filosofia de vida de cada pessoa, a qual se traduz em atitudes que favorecem comportamentos mais saudáveis.

Decorrente destas abordagens, mesmo a «saúde» de um indivíduo não é determinada, apenas e só, pela simples ausência de doença. Concorrem igualmente, para a manutenção da saúde, as preocupações sociais e a relação com o contexto estabelecida por cada pessoa. Daí que se tenha «abraçado» uma perspectiva alicerçada na prevenção, manutenção e promoção do nível de QDV de cada indivíduo. A este respeito, Geis e Rubí (2003), advogam que o seguinte: «O envelhecimento saudável é aquele em que cada sujeito se adapta fácil e comodamente a todas as mudanças que vão ocorrendo, tanto as mudanças intrínsecas (físicas e psíquicas) quanto as extrínsecas (sociais).

Concluiremos que a QDV deve ser sempre equacionada em termos globais, uma vez que os aspectos físicos, psíquicos, sociais e afectivos se inter-relacionam ao longo de todo o percurso de vida de um sujeito, contribuindo de forma determinante para aquilo que será o seu projecto de vida, concretizável em todos os momentos da sua vida. Para que o projecto de vida de uma pessoa lhe permita encarar as várias fases do envelhecimento, de forma positiva, há algumas necessidades básicas que têm que ser asseguradas, referimo-nos ao alojamento; alimentação; higiene e segurança. Importa também estar atento a factores que contribuam largamente para um declínio célere das capacidades funcionais, como

¹⁰ Segundo a OMS, *Expectativa de vida saudável* é uma expressão geralmente usada como sinónimo de «expectativa de vida sem incapacidades físicas». Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento (OMS, 2002, p.15).

por exemplo: consumo de álcool, fumar, dieta alimentar, nível de actividade física... Estes factores são determinantes no desenvolvimento de doenças não - transmissíveis ao longo de toda a vida.

A OMS (2002, p.28) enfatiza o seguinte:

“A adopção de estilos de vida saudáveis e a participação activa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que se torna tarde de mais para se adoptar tais estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em actividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool e fazer uso de medicamentos sabiamente pode prevenir doenças e o declínio funcional, estender a longevidade e aumentar a qualidade de vida de um indivíduo”.

Importa, como advoga Paschoal (2006), envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo activo e desfrutando de senso de significado pessoal. Reunidos estes requisitos, a qualidade de vida poderá ser muitíssimo boa.

Hodiernamente, o desafio às sociedades é, além de continuar a aumentar a longevidade, conquistar uma QDV cada vez melhor, permitindo que os anos vividos em idade avançada se revistam de pleno significado e dignidade.

“O envelhecimento é um processo que todos devemos aprender a controlar, para que o resultado final seja o melhor possível. Que caminhos escolher, para que, ao final da existência, ao avaliar nossa vida, estejamos plenamente satisfeitos, sentindo-nos como seres íntegros e realizados, com a sensação de que ainda temos um lugar no mundo, onde possamos continuar desenvolvendo-nos, partícipes de nosso destino, activos na sociedade, integrados à humanidade e ao cosmos”.
(Paschoal, 2006, p. 151).

PRINCIPAIS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA

PRINCIPAIS DIMENSÕES DA QDV
Bem-estar emocional
Relações interpessoais
Bem-estar material
Desenvolvimento pessoal
Bem-estar físico
Autodeterminação
Inclusão social
Direitos

Fonte Verdugo *et al.* (2001, p. 22). *Apoyos, Autodeterminación y Calidad de Vida.*

Dimensões e Indicadores de Qualidade de Vida, segundo o modelo de Schalock e Verdugo (2002)	
DIMENSÕES	INDICADORES
Inclusão social	Integração comunitária e participação
Bem-estar físico	Saúde e ócio
Relações interpessoais	Interacções e família
Bem-estar material	Emprego e estatuto económico
Bem-estar	Emocional, felicidade e auto-conceito
Autodeterminação	Escolhas, autonomia e controle pessoal
Desenvolvimento pessoal	Educação e capacidades
Direitos	Direitos humanos básicos e respeito

Fonte: Verdugo *et al.* (2004, p. 38). *El Concepto de Calidad de Vida en los Servicios Humanos.*

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que engloba critérios objectivos e mensuráveis, como funcionamento fisiológico ou a manutenção das actividades da vida diária (Paúl *et al.*, 2005), bem como componentes subjectivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados. A QDV só será alcançável através do

«envelhecimento saudável» que parece estar intimamente ligado ao “envelhecimento produtivo” (EP). Este conceito surgiu na década de 70 entre profissionais de contextos políticos, sociais e académicos, com o objectivo de combater a imagem vigente dos idosos, que os apresentava como pessoas frágeis, dependentes e não produtivos, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens. Este paradigma considera a existência de uma actividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida. O envelhecimento sob uma perspectiva positiva, refuta estereótipos e valoriza o papel desempenhado pelos idosos, bem como os contributos que prestam. À incapacidade e dependência, o EP opõe uma imagem de saúde e bem-estar, onde a autonomia não só é possível como também desejável; o idoso deixa de ser um personagem vulnerável e passivo, tornando-se um agente activo no seu envelhecimento, podendo continuar a tomada de decisão de modo significativo.

“Quase 40 por cento dos portugueses a partir dos 65 anos passam oito ou mais horas dos seus dias sozinhos. «A solidão dos nossos idosos é assustadora», constata Anabela Mota Pinto. (...) O «envelhecimento saudável» pressupõe «manutenção da actividade física, socialização, adaptação às alterações associadas ao envelhecimento e, sobretudo, manter a satisfação de viver».” (Gomes, 2008, p.4).

2.3. O papel do trabalho social na promoção da qualidade de vida do idoso

É prioritário e mesmo imperioso que para os idosos exista uma ocupação em qualquer actividade que lhes dê prazer e os faça sentir úteis, pois, a falta de ocupação, tem efeitos nefastos sobre qualquer ser humano. No entanto, tais actividades têm que ser planificadas de um modo coerente e acima de tudo, enquadradas numa perspectiva humanista. Temos que combater a filosofia do individualismo que impera na nossa sociedade, na perspectiva de se recuperarem os sujeitos colectivos, de modo a caminharmos para uma sociedade mais solidária. A mudança é necessária, e para isso, há que experimentar condições naturais, pois, a qualidade de vida dos idosos num futuro próximo, dependerá das mudanças na forma como a sociedade perceber e responder ao envelhecimento. Na nossa perspectiva, há que ter em conta o triângulo, cujos vértices são: o trabalho, a

reforma e as ocupações. O principal agente dinamizador desse mesmo triângulo, deve ser o trabalhador social, profissional melhor apetrechado para ajudar a alicerçar projectos de vida, que tendo em conta essas três vertentes, evitará a marginalização do ser humano, quando idoso.

Corrigir a actual representação negativa da velhice apresentasse-nos como um compromisso cultural e educativo que deve envolver todas as gerações, e que necessita do "profissional do triângulo", que é, sem sombra de dúvida, o Trabalhador Social, que emerge nos dias de hoje. Estes profissionais, enquadrados em equipas multidisciplinares, muito poderão contribuir para a construção de uma sociedade que integre todas as pessoas, independentemente da idade, do género e da raça.

Existem muitas necessidades não satisfeitas relativamente a esta população-alvo. É urgente encontrar respostas individualizadas às necessidades que vão sendo detectadas, uma vez que, como já vimos, os idosos são um grupo bastante heterogéneo em que os principais problemas são emocionais e de relação. Um grande número de idosos sente-se triste, deprimido e infeliz. Isto dá uma imagem bastante negra da qualidade de vida desses idosos, do seu suporte familiar e social e da qualidade do mesmo.

Torna-se crucial encontrar maneiras de conseguir que os idosos estejam informados sobre os problemas normais do envelhecimento, mas que também conheçam formas de os ultrapassar continuando a realizar as actividades do dia-a-dia, sem que a sua qualidade de vida seja deteriorada. Os trabalhadores sociais devem dinamizar projectos que tenham como principal objectivo criar condições para encarar a velhice e os problemas a ela associados sem tabus, mas para isso é necessário que, não só, sejam envolvidos aqueles que actualmente são idosos, mas a população em geral. Não nos esqueçamos que todos nós estamos a envelhecer, desde o primeiro dia em que nascemos.

A grande acção, destes profissionais deve ter como eixos orientadores os objectivos que se seguem: promover o desenvolvimento pessoal, social e

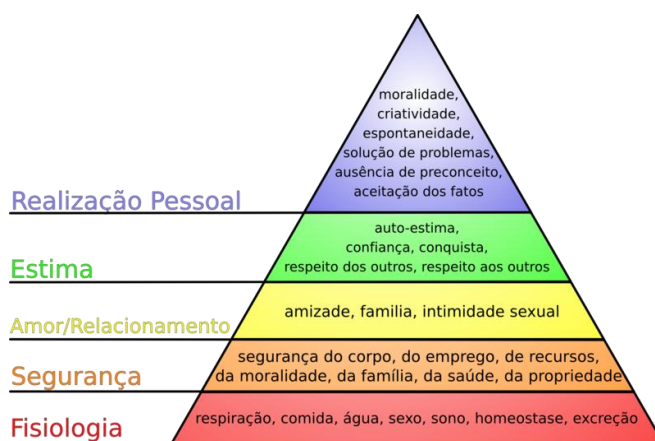
empresarial através da criação de planos – projectos de preparação para a reforma - entendida como uma fase da vida - pelas estruturas que representam as pessoas e promover uma gestão de recursos humanos humanizada e ética, em que se valorizem as pessoas ao longo de toda a carreira nomeadamente através da sensibilização para a necessidade de preparação da reforma. As acções a desenvolver poderão ser diversificadas: acções de informação / sensibilização; acções de formação ou cursos; dinamização de movimentos associativos e de voluntariado. O trabalho social pode e deve contribuir para uma política cada vez mais ampla de respostas inclusivas, melhorando a qualidade de vida das famílias quer nos seus aspectos económicos e pessoais, quer elevando o seu nível de cidadania e responsabilização no futuro colectivo de todos numa intervenção que se quer cada vez mais participada e concertada por todas as áreas intervenientes nesta temática.

A Segurança Social para além de se reconhecer o valor inestimável da família e dos vizinhos, que facilitam a permanência do idoso no seu quadro habitual de vida, entende que deverão ainda ser implementadas medidas de política, que favoreçam a manutenção das pessoas no seu domicílio e estimulem estes laços tradicionais, para além de se considerar pertinente o desenvolvimento de um Plano Gerontológico Nacional.

Envelhecer com sucesso é possível muito por força dos progressos da medicina e de uma educação saudável associados à autonomia e integração do idoso na sociedade e na família, aproveitando as capacidades individuais do idoso. Nesta perspectiva o trabalho social tem uma importância inigualável, ao nível da intervenção, abrangendo múltiplas e complexas relações que se estabelecem entre os indivíduos e o meio que os envolve. Estes profissionais funcionarão como agentes promotores do processo de mudança nos indivíduos, famílias e comunidades.

Os maus tratos estão directamente relacionados com a pouca qualidade de vida dos idosos e com a inexistência de projectos de vida estruturados e individualizados que satisfaçam as necessidades de cada idoso em concreto. O trabalho social na co-construção dos projectos de vida, não nos esqueçamos da máxima «fazer com o

idoso e não fazer para o idoso», deve ter como primeira preocupação diagnosticar as necessidades de cada indivíduo em concreto. Esta tarefa é importante e nunca deve ser olvidada pois permite-nos captar os diversos prismas das carências e capacidades humanas. Abraham Maslow desenvolveu na década de 1940 a Teoria das Hierarquia das Necessidades. O psicólogo acredita que as pessoas têm um desejo básico de satisfazerem determinados tipos de necessidades e que estas possuem uma hierarquia em que as necessidades mais básicas são a base. Seguindo esta ordem de ideias, Maslow acredita que cada nível de necessidades tem de ser satisfeito para que as necessidades de nível superior sejam importantes. A escala de necessidades vai subindo ao longo de uma pirâmide até que as necessidades de auto-realização se tornem os principais motivadores (Nadal e Llunas, 2003, p.66).



Fonte: Nadal e Llunas (2003, p. 67). *Una Nueva Visión del Trabajo Psicosocial en el Ámbito Asistencial.*

Facilmente se compreende que, a título de exemplo, um idoso com fome não tenha como preocupação mostrar aos seus amigos o seu valor e as suas capacidades, mas sim assegurar o necessário para se alimentar. Se aplicarmos a teoria das necessidades de Maslow às pessoas idosas podemos chegar a diversos considerandos. É das necessidades fisiológicas que emerge o estado anímico dos idosos. O profissional deve estar atento porque, muitas vezes, dependem de nós para alcançá-las. Dormir, estar higienizado, estar e sentir-se cuidado são factores que produzirão neles um estado de bem-estar e de paz. No segundo nível, realça-se a necessidade de segurança, a satisfação e a ordem e o domínio das referências espaço-temporais, a estabilidade. Necessitam de ter a certeza de que não serão

abandonados, de que serão ajudados com dignidade, os seus desejos serão escutados e que existem estruturas materiais de apoio. No terceiro nível, surgem as necessidades de consideração, estima, amor / relacionamento, cuja satisfação se alcança através da manutenção do respeito e da influência, deixando-os expressar de que tipos de ajuda precisam, manifestando-lhe o que sabemos sobre eles e os seus valores positivamente, relembrando-lhes os momentos mais intensos da sua vida e as suas características que mais nos agradam. Relativamente ao quarto nível, onde se incluem as necessidades de amor e pertença, estas poderão ser facilitadas, mantendo as relações com a família e as amizades que se possuem, bem como favorecendo a criação de novas relações afectivas e de camaradagem com outras pessoas. Quanto ao topo da pirâmide, as necessidades de auto-realização, tratar-se-á de afirmar o crescimento, compreender que porque alguém se reformou não acabou, que a tarefa de continuar a realizar-se enquanto pessoa não termina até que chegue o momento da última perda, ou seja, a malfadada morte.

Os profissionais poderão ser a “chave” necessária para abrir a “porta” da conveniente e imprescindível preparação da reforma, ajudando ao estabelecimento de uma boa programação dos seus planos para a reforma; viver melhor antes da reforma; fazer uma transição mais suave e com mais sucesso quando a reforma chegar e reconhecer e viver com os mitos e as concepções erradas acerca da reforma (Chapman, 2002, p.10).

A OMS (2002) recorda que o apoio social deve adequar-se às necessidades desta população que apresenta maior probabilidade de perder membros e amigos da família. Estas pessoas são mais vulneráveis à solidão, isolamento social, factores intimamente ligados a um declínio de saúde tanto física como mental. Os factores, anteriormente referidos, revestem-se de um elevado índice de risco, no que concerne à prática de maus tratos sobre idosos. Os profissionais do Trabalho Social podem ajudar a promover redes de contactos sociais para as pessoas idosas a partir de instituições de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, voluntariado, ajuda da vizinhança, controlo e organização e execução de visitas domiciliárias, acompanhando as famílias, dinamizando programas que promovam a interacção entre as gerações e os múltiplos serviços existentes. De sublinhar a

dupla relevância da promoção do voluntariado, se por um lado estas tarefas, realizadas por idosos, os beneficiam porque lhes aumentam os contactos sociais e o bem-estar psicológico, por outro lado prestam um contributo inestimável às suas comunidades porque são pessoas com um saber feito de experiências acumuladas, ao longo de uma vida que podem agora ser canalizados para uma cidadania activa e participativa.

Os trabalhadores sociais ao ajudarem os idosos, na planificação de projectos de QDV, terão que ter sempre bem presente os pressupostos relativos ao envelhecimento activo. Acreditamos que este paradigma será facilitador do combate aos maus tratos sofridos pela população idosa.

O envelhecimento constitui uma matéria de estudo biopsicossocial, uma vez que se trata de um fenómeno humano que não se pode entender sem ter em conta três aspectos basilares: o biológico, o psicológico e o social. A ciência do envelhecimento é multidisciplinar e o aspecto social é de suma importância e intervenção sobre o envelhecimento. Ainda que pouco divulgado, talvez devamos começar a referir-nos mais ao Trabalho Social Gerontológico, uma vez que se reveste de uma especificidade de maior incidência na intervenção com a finalidade de possibilitar o bem-estar a esta camada populacional. Morán (2004) refere-se no seu livro *Gerontologia Social Aplicada – Visiones estratégicas para el Trabajo Social* na área da gerontologia da sociedade, dos conhecimentos e das profissões, e consiste no facto de as instituições e os profissionais responderem às questões do envelhecimento com produtos e serviços adequados. Neste contexto, tem vindo a surgir, a diferentes ritmos tendo em conta a realidade de cada país, a preocupação com a intervenção social dos trabalhadores sociais gerontólogos. De acordo com vários autores, a formação gerontológica é fundamental, esta permite reflectir e analisar o processo de envelhecimento desde uma perspectiva multidisciplinar, gerando as bases para um trabalho inter e transdisciplinar, a partir do qual a função do trabalho social não se situe apenas ao nível da implementação da política social, mas assuma também funções na elaboração das políticas gerontológicas dirigidas a este segmento da população. “Se bem que em sentido formal existe a ciência da velhice, a Gerontologia, não existe num sentido substantivo, necessário para a

compreensão global do processo de envelhecimento. Para chegar a este é necessário combinar os esforços científicos biomédicos, psicológicos e sociais.” (Garcia, 2007, p.45).

O trabalho social gerontológico é uma prática e uma disciplina científica que contribui grandemente para o estudo e a intervenção sobre o envelhecimento. O Trabalho Social com pessoas idosas contribui de forma decisiva e imprescindível, com conhecimentos científicos, assegurando a atenção social integral das pessoas em idade avançada, para o cumprimento dos princípios reconhecidos, em prol das pessoas idosas, pela resolução 46/91 da Assembleia Geral da ONU, de 16 de Dezembro: independência, participação, auto-realização e dignidade.

A intervenção social dos trabalhadores sociais deve visar o apoio à satisfação de uma população idosa heterogénea. O primeiro e principal objectivo consiste na análise e compreensão do processo de envelhecimento e da prática profissional que permita melhorar a qualidade de vida dos nossos idosos.

Com efeito, Morán (2004) considera que, em relação aos valores, em qualquer profissão importa identificar alguns pressupostos orientadores que facilitem a tomada de decisões pelos profissionais. O autor plasma esses irrefutáveis e fundamentais valores nos *seis “i”*: **Individualidade; Independência; Integração; Ingressos; Interdisciplinaridade e Inovação.**

As diferentes solicitações dos idosos precisam de diferentes tipos de intervenção. Os trabalhadores sociais devem possuir o conhecimento e a capacidade para ajudar os mais velhos a enfrentarem adequadamente as alterações próprias da velhice, fomentando um envelhecimento activo caracterizado pela manutenção da sua autonomia e independência.

De um ponto de vista mais abrangente, o trabalho social participa na elaboração e implementação de políticas públicas, traduzidas em planos, programas e projectos, que geram mudanças pessoais ou das condições ambientais, com orientação preventiva, assistencial ou promocional, no colectivo, trabalhando com indivíduos,

grupos ou na sua comunidade, dando um valioso contributo teórico e prático para a construção do Estado de bem-estar. Não olvidemos que esta disciplina conhece para intervir, distinguindo-se de outras disciplinas das ciências sociais, que intervêm para conhecer (García, 2007, p.59).

O trabalho social, enquanto profissão e disciplina científica das ciências sociais implicada no conhecimento da velhice, fornece à Gerontologia uma decidida orientação prática; uma acção-intervenção reflexiva e profissional. Intervém com metodologia própria concedendo-lhe um enfoque gerontológico, alicerçado em princípios éticos orientadores de toda e quaisquer acções a implementar.

Os modelos de cuidado adoptados devem reconhecer sempre os pontos fortes das pessoas idosas e encorajá-las a manterem o mais possível atitudes independentes.

2.4. Aspectos éticos do trabalho social – contributo para a promoção da qualidade de vida

No editorial da revista *Intervenção Social* n.º 29 (2004), cujo tema da edição é *Ética na Contemporaneidade – Ética e Serviço Social*, pode ler-se o seguinte: “*A ética na contemporaneidade é de uma pertinência fundamental para o serviço social actual, face à crescente multiplicidade e complexidade das problemáticas sociais que influenciam o nosso ethos profissional.*”

Efectivamente, a criação de uma cultura ética evita atitudes anti-éticas e as suas consequências morais, sociais e legais. Neste sentido, Caldas (2004) informa-nos que um novo paradigma traz como imperativos éticos a participação, a solidariedade, articulados à técnica e ao mundo da vida. Para construirmos este novo paradigma precisamos de resgatar a essência do ser humano através do cuidado e da dedicação que fazem surgir nele um ser sensível e solidário.

A mudança é inerente à profissão, todos os profissionais ligados ao trabalho social procuram contribuir para a mudança, nós próprios mudamos constantemente à medida que absorvemos novas experiências e novos saberes. Assim sendo, resulta imprescindível um posicionamento ético, a valorização dos princípios éticos e

deontológicos, fundamentos da profissão, os quais orientam e informam qual ou quais o ou os sentidos correctos da intervenção, dando-lhe sentido. Quando nos reportamos aos aspectos éticos, considerando as necessidades da pessoa idosa, não podemos descurar o pensamento de Caldas (2004):

“O acto de cuidar vai além do atendimento às necessidades básicas sendo também o compromisso que envolve o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização e a cidadania de quem cuida”.

A APSS (Associação dos Profissionais de Serviço Social), no que concerne à Ética no Serviço Social - Princípios e Valores - assinala os princípios adoptados pela Assembleia Geral da FIAS (Federação Internacional de Assistentes Sociais) em Colombo no Sirilanka, em Julho de 1994. Portanto, os Trabalhadores Sociais têm como objectivo do seu trabalho o desenvolvimento dos seres humanos, vivenciando os seguintes princípios básicos:

- Cada Ser Humano tem um valor único em si mesmo o que justifica o respeito moral por essa Pessoa;
- Cada indivíduo tem direito à sua autodeterminação, até ao limite em que isso não desrespeite os iguais direitos dos outros e tem a obrigação de contribuir para o bem-estar da sociedade;
- Cada sociedade, seja qual for a sua estrutura, deverá proporcionar o máximo de condições favoráveis de vida aos seus membros;
- Os Assistentes Sociais têm um compromisso com os princípios de Justiça Social;
- Os Assistentes Sociais devem colocar os seus objectivos, conhecimentos e experiência ao serviço dos indivíduos, dos grupos, das comunidades e da sociedade, apoiando-os no seu desenvolvimento e na resolução dos seus conflitos individuais ou colectivos e nas consequências que daí advém;
- Espera-se que os Assistentes Sociais providenciem o melhor apoio possível a toda e qualquer pessoa que procure a sua ajuda e conselho, sem discriminação com base na deficiência, cor, raça, classe social, religião, língua, convicções políticas ou opções sexuais;

- Os Assistentes Sociais respeitam os Direitos Humanos básicos, de indivíduos e grupos, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e em outras convenções internacionais derivadas daquela Declaração;
- Os Assistentes Sociais salvaguardam os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação no seu trabalho profissional. Deverão ainda respeitar a confidencialidade mesmo quando a legislação do seu país é contrária a esta exigência;
- Espera-se dos Assistentes Sociais um trabalho de estreita colaboração com os seus utentes, na defesa do seu próprio interesse e no interesse dos outros com ele envolvidos. Os utentes são encorajados a participar e devem ser informados dos riscos e benefícios prováveis no decurso do processo;
- Os Assistentes Sociais, geralmente, esperam que os utentes assumam em colaboração com eles a responsabilidade de decidir a orientação a dar aos seus problemas que afectam as suas vidas. A pressão que venha a ser necessário exercer para resolver os problemas de uma parte à custa dos interesses das outras partes envolvidas, só deveria acontecer depois de uma aprofundada avaliação das reclamações das partes em conflito. Os Assistentes Sociais devem evitar o recurso à coacção jurídica;
- O Serviço Social é incompatível com o apoio directo ou indirecto a grupos de indivíduos, forças políticas ou sistemas de poder que dominem os Seres Humanos, pelo uso da força, tais como: a tortura ou meios violentos;
- Os Assistentes Sociais tomam decisões eticamente justificadas apoiando-se na “Declaração Internacional dos Princípios Éticos” e nas “Normas Éticas Internacionais para os Assistentes Sociais”, adaptadas pela sua Associação Profissional Nacional.

A importância destes princípios é aclarada por Serrano (2004) que conclui o seguinte:

“A profissão de Trabalhador Social tem necessidade de uma regulação ética assente num Código Deontológico que oriente a intervenção do profissional, independentemente de questões políticas ou religiosas e que se baseiem em princípios de atenção integral aos utentes.”

Relativamente à especificidade das questões éticas, no que se refere aos maus tratos sofridos pelas pessoas idosas, é fundamental, dada a complexidade com que se reveste este fenómeno, reflectir antes de qualquer actuação. Actuar ante a suspeita de maus tratos requer que o profissional faça uma reflexão prévia sobre a sua atitude geral acerca das pessoas idosas e examine a conceção ética com a qual enfrentará a situação. Bernal e Gutiérrez (2005) entendem ser lógico que antes de intervir em casos de maus tratos domésticos, se reflecta em torno da possibilidade da existência de maus tratos infligidos por profissionais ou pelas instituições em que trabalham. Apontam alguns factores que contribuem para os casos de negligência e maus tratos tendo por abusadores os profissionais: atitude negativa face à pessoa idosa; falta de compreensão do processo de envelhecimento; deficiente preparação do pessoal; falta de oportunidades de promoção do pessoal. Todavia, o facto de vivermos numa sociedade gerontofóbica, as lacunas na formação de base ou mesmo o *burnout*¹¹ não poderão justificar determinadas actuações que atentam contra os direitos da pessoa idosa, especialmente porque nos referimos a profissões de ajuda.

De acordo com diversos autores, os profissionais frequentemente desrespeitam os direitos das pessoas idosas, os sistemas que organizam a vida dos idosos e mesmo a própria organização das instituições. De facto, resulta como imperativo de todos as pessoas ligadas ao Trabalho Social defender o direito das pessoas idosas de decidirem sobre a sua própria vida e como a querem viver. Deverão também defender a oportunidade de escolha, por parte dos idosos, dentro de uma instituição, devendo pugnar pela flexibilidade das normas e pelo desenvolvimento de uma ética da instituição. Uma obrigação ética é a denúncia de abusos e deficiências na assistência que se produzem por causa da instituição.

Saliente-se que Pitaud (1999) afirma que a formação é o motor e o suporte da coerência entre aqueles que ajudam e os que são ajudados. Nesta perspectiva, a

¹¹ O *burnout* ou a “síndrome do queimado” pode considerar-se um transtorno de adaptação do indivíduo ao ambiente laboral, que se produz quando se desequilibram as expectativas do trabalhador e a realidade do trabalho diário. Supõe uma deterioração grave da qualidade de vida laboral dos trabalhadores que o sofrem. Entre as suas consequências destacam-se um decréscimo considerável na produtividade do trabalhador e baixas por doença. Esta síndrome pode surgir associada ao stress laboral assistencial crónico presente no âmbito dos serviços humanos.

primeira obrigação ética para o profissional será a formação técnica no cuidado das pessoas idosas, na prevenção, detecção e na abordagem dos maus tratos. A abordagem dos maus tratos deve ter como ponto de partida a ética baseada no respeito, na consideração e na responsabilidade.

A problemática dos maus tratos é deveras complexa e muitas são as variáveis a considerar pelos profissionais sempre que abordam situações de difícil diagnóstico. Hugnot (2007), presidente da associação francesa ALMA¹², médico, gerontólogo e autor de uma vasta obra acerca da velhice maltratada, explica no seu último livro *Violences Invisibles – Reconâitre les situations de maltraitance envers les personnes âgées (Violências Invisíveis - Reconhecer as situações de mau trato contra as pessoas idosas)* que nenhum dispositivo de prevenção do mau trato contra pessoas idosas substitui a experiência e a astúcia. Saber ler para além das aparências e suspeitar de determinados factos que possam indiciar maus tratos é um imperativo para médicos, psicólogos, trabalhadores sociais e todos nós. Realçando o carácter odioso da crueza com que estes actos são praticados, diz-nos que as situações que as pessoas idosas vivem quotidianamente são sempre mais complexas do que podemos imaginar. Sempre que as soluções não sejam plenamente satisfatórias na abordagem à dinâmica familiar ou institucional, devem procurar-se sempre respostas sustentadas nos princípios éticos, os quais funcionam como guias gerais de actuação. Seguidamente, apresentamos uma tabela, apresentada por Bernal e Gutiérrez (2005) que congrega os princípios da bioética e suas obrigações.

OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA E AS SUAS OBRIGAÇÕES
<p><i>Princípio da não maleficência</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Obriga a tratar todas as pessoas com a mesma consideração e respeito no aspecto psicológico e biológico.- Não causar dano à pessoa idosa no aspecto físico e emocional.- Não maltrate, não abandone a pessoa idosa, não seja negligente com ela.- Realize aquilo que está indicado e não realize o que está contra-indicado.

¹² Ver: <http://www.alma-france.org/> (consultado em 23 de Outubro de 2007)

Princípio da Justiça

- Obriga a tratar todas as pessoas com igual consideração e respeito na ordem social.
- Não discrimine as pessoas por razão de idade, sexo ou raça.
- Promova a igualdade de oportunidades das pessoas idosas.

Princípio da Autonomia

- Obriga a considerar que todas as pessoas são, em princípio a menos que se demonstre o contrário, capazes de tomar decisões no que diz respeito ao seu projecto de vida.
- Não confunda a capacidade da pessoa idosa para «fazer» com a capacidade para «decidir».
- Não ampute a liberdade das pessoas idosas, não coaja e não manipule a informação.
- Trate e cuide da pessoa idosa com respeito.
- Promova a autonomia das pessoas idosas.

Princípio da Beneficência

- Obriga a fazer o bem às pessoas, procurando-lhes o maior benefício e limitando os riscos.
- Respeite o que cada pessoa idosa entende como benéfico para ela. Evite ser paternalista.
- Trate e cuide a pessoa idosa com cordialidade. Promova o seu bem-estar.

Fonte: Bernal e Gutiérrez (2005, p. 121). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación.*

Capítulo III. Construção de medidas de intervenção no mau trato ao idoso

O trabalho social tem que alterar as suas práticas de intervenção no sentido de acompanhar de modo eficaz as transformações económicas, laborais, sociais e políticas que se sucedem em catadupa neste início de século. As competências do trabalhador social estão constantemente a ser colocadas à prova em função da constante necessidade de construir novas modalidades de intervenção. Barbero (2002) defende a adopção de modelos de intervenção de tipo sistémico sustentados no trabalho por projectos. Nas suas práticas no terreno o Trabalho Social deve executar sempre um serviço orientado pelo conhecimento e por um modelo de acção. Sintetizando, é, segundo Gómez *et al.* (2000), preciso conhecer para intervir. Os projectos são indissociáveis de determinados elementos orientadores da acção: conhecimento da problemática na qual se pretende intervir, ou seja, o contexto do problema e da intervenção. Importa também programar adequadamente a intervenção (objectivos, métodos, actividades, elementos organizativos e de relação entre os diversos actores, recursos humanos, financiamento...) e avaliar os resultados que vão sendo obtidos. É essencial manter viva uma linha constante de análise da realidade e de adaptação dos seus conhecimentos e técnicas específicas para dar resposta aos novos requerimentos que dela se esperam. As medidas de intervenção, encetadas pelos profissionais, devem almejar sempre a concretização de objectivos primordiais: desenvolvimento da personalidade; alteração de comportamentos; integração social; reforma social; bem-estar individual e social; adaptação e ajuste ou reajuste societal; promoção de oportunidades; capacitação das pessoas; melhoria das relações sociais; integração e participação; desenvolvimento pleno, promoção de uma consciência crítica e, genericamente, a transformação da realidade social. Chan (2005, p.70) entendem que a **Intervenção** é mais do que responder de forma prática aos problemas das pessoas, é um meio pró-activo de capacitar as pessoas para serem capazes de ultrapassar as suas dificuldades, sendo o ideal do Trabalho Social transformar e intervir para ajudar as pessoas a ajudarem-se a elas próprias (auto-ajuda). Os autores consideram ainda que a possibilidade dos trabalhadores sociais intervirem é extremamente vasta e defendem uma abordagem holística que integre o aspecto físico, o cognitivo e o espiritual (uma tríade indissolúvel).

3.1. Prevenção

A dimensão preventiva deve implicar-nos a todos: profissionais, familiares, organizações sanitárias, serviços sociais e docentes, aos próprios idosos e, no fundo, a toda a estrutura social. A prevenção deve ser entendida como a primeira fase de qualquer processo de intervenção e deve ser tida como elemento-chave no combate aos maus tratos sofridos pelas pessoas idosas. O primeiro passo a ser dado, na implementação de medidas preventivas, deve ser a promoção de atitudes sociais positivas geradoras de um clima social que minimize os riscos e seja beligerante ante os maus tratos. As atitudes negativas face à velhice e todos os estereótipos que lhes estão associados são factores determinantes para a prática de maus tratos. Aqueles que mais maltratam são normalmente os que têm uma visão negativa da velhice e que pensam que as pessoas mais idosas se contentam com a espera da morte (Fernandez *et al.*, 2006, p.33).

O outro grande objectivo a alcançar, através das medidas preventivas, é a sensibilização das pessoas para adquirirem hábitos de vida mais saudáveis e adoptarem um estilo de vida activo (Envelhecimento Activo) que lhes permita manter a autonomia e a independência. A OMS (2002) considera que a palavra “activo” se refere à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. Os pressupostos elencados contribuirão determinadamente para a manutenção da autonomia e da independência. Um dos principais factores de risco para a prática de maus tratos é a dependência. Alguns investigadores anglo-saxões confirmam que existe uma relação directa entre dependência e maus tratos. Os autores, anteriormente citados, no seu livro, com um título horripilante, *Nós Matamos os Velhos (On tue les Vieux)* confirmam esta relação causal: “*As pessoas idosas mais mal tratadas são aquelas que sofrem de demência e da doença de Parkinson. São vítimas que dificilmente denunciam os seus agressores...*”.

Para prevenir parece-nos fulcral estabelecerem-se estratégias concertadas e com uma dimensão multidisciplinar, bem como organizar múltiplas acções preventivas conjuntamente com outros profissionais e instituições, adquirindo uma perspectiva

intersectorial e interinstitucional. Ainda que não se refira concretamente à violência contra as pessoas mais velhas, o *III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2007-2010*, giza os principais vectores a ponderar no que concerne à *Prevenção da Revitimização e Empoderamento das Vítimas*. Este trabalho realizado pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género aponta como primeira estratégia de intervenção: Informar, Sensibilizar e Educar. Alinham pela mesma bitola Bernal e Gutiérrez (2005) ao considerarem que são três as frentes em que deve actuar um programa de prevenção primordial dos maus tratos: a Informação, a Formação e as Políticas Institucionais em relação com a planificação gerontológica e a assistência geriátrica. Estes pressupostos parecem ser universalmente aceites. Reforça-se esta ideia ao analisarmos os oito objectivos constitutivos do projecto de *Programa de Prevenção e de Luta Contra os Maus tratos às Pessoas Idosas* engendrado pelo Secretariado do Estado Francês adstrito às pessoas idosas, a saber: conhecer melhor os maus tratos sofridos pelas pessoas idosas para melhor os prevenir; sensibilizar a população para o fenómeno dos maus tratos cometidos contra os seniores e fazer da prevenção e da luta contra o mau trato dos idosos uma causa nacional; melhorar o sistema de protecção jurídica das pessoas idosas; colocar em marcha um dispositivo de gestão dos riscos de maus tratos contra os idosos; reforçar as exigências de qualidade e conjuntamente as prestações e as estruturas destinadas aos idosos; melhorar os procedimentos de tratamento dos casos sinalizados; reforçar o dispositivo de controlo e inspecção das instituições e organizar a continuação do plano de acção das políticas adoptadas e a sua avaliação.

Em 2002 o *Ministério da Segurança Social e do Trabalho* editou um manual procurando contribuir para a prevenção da violência contras as pessoas idosas e/ou em situação de dependência designado *Prevenção da Violência Institucional – Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. No cerne da feitura do manual está o facto de os seus autores encararem a prevenção da violência como uma das fontes de longevidade e autonomia das pessoas idosas e das pessoas dependentes. Podemos, no que concerne à prevenção dos maus tratos, considerar três tipos de intervenção preventiva: a primária que visa diminuir a incidência ao minimizar o risco de surgimento; a secundária que procura diminuir

a prevalência, diminuindo a evolução e duração e a terciária que pretende diminuir a prevalência, diminuindo as consequências negativas e promovendo a integração.

3.2. Informação

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”

(Paulo Freire, *Último Escrito In: Manuscritos de Freire*)

Em primeiro lugar queremos deixar bem claro que julgamos essencial envolver os idosos em todas as acções que possam vir a ser idealizadas, planificadas e executadas. Os idosos devem ser considerados actores sociais participantes de um processo que promova várias ideias força. Urge transformar em oportunidade a relação dos seniores com o meio social e institucional que os rodeia. A *Direcção Regional de Atenção à Dependência e às Pessoas Idosas de San Sebastián* elaborou um *Manifesto* a favor das pessoas idosas e um plano gerontológico que estabelece como primeiro objectivo, tudo fazer em prol da manutenção das pessoas mais velhas no seu meio e, como primeira estratégia, para alcançá-lo, lutar contra a discriminação, reforçar a solidariedade e a coesão social. Conscientes da necessidade de se promover uma mudança de atitude na população, elaboraram o mencionado documento destinado a projectar uma sociedade menos discriminatória e mais integradora que promova o reconhecimento e aceitação de que a sociedade é constituída por pessoas de distintas idades e que todas elas têm o direito de colaborar no seu desenvolvimento e desfrutar dos seus recursos. Mencionamos este documento porque nos parece reunir algumas das bases que, numa primeira análise, poderão orientar a indispensável alteração de atitudes em todos os âmbitos. O *Manifesto a Favor das Pessoas Idosas* (2007) elenca três princípios primordiais: não discriminação negativa em função da idade; cidadania e solidariedade intergeracional. Apresenta também novas formas de Pensar, de Fazer e de Comunicar. Assim, no que diz respeito às recomendações, em relação ao discurso público, consideram que este deve dar uma visão real do envelhecimento e evitar a contraposição dos direitos sociais das pessoas idosas

relativamente aos de outros grupos. No âmbito educativo, defendem que deve ser explicado aos estudantes o papel dos idosos como transmissores da memória histórica, a imprescindível sensibilização acerca das dificuldades que as pessoas idosas enfrentam na sociedade hodierna e estudar o papel que se outorga a estas pessoas noutras culturas. Quando se debruçam sobre o âmbito laboral dizem-nos que se devem promover alterações das atitudes nos locais de trabalho, lutar contra a discriminação em função da idade nas acções de formação e na implementação de planos para a igualdade de oportunidades e a criação de alternativas laborais que facilitem, a quem o desejar, uma reforma progressiva ou permanência no posto de trabalho para além da idade da reforma. Nos serviços sociais devem ser respeitadas as decisões dos idosos, nunca deve ser assumida, sem diagnóstico prévio, que uma pessoa mais velha sofre de limitações mentais, garantir os seus direitos e interesses e nunca utilizar uma linguagem infantilizante. São feitas também algumas advertências aos meios de comunicação social, como por exemplo: evitar o recurso a fórmulas ou imagens estereotipadas na representação da velhice, mostrar as pessoas idosas no seu estado habitual, não dar a impressão que as pessoas idosas se encontram, invariavelmente, desprezadas pelas suas famílias e mostrar as actividades positivas que as pessoas idosas desenvolvem no seu habitat familiar. Fulcral em todo este processo é o meio familiar. As relações estabelecidas têm que ser erigidas com base no princípio da solidariedade intergeracional, será necessário aceitar os riscos, que com conhecimento de causa, decidem adoptar os nossos idosos, informar sobre a possibilidade de nomear uma pessoa, seja ou não da família, que a represente, respeitar os seus desejos e as suas convicções.

Estamos conscientes de que estas metas não são facilmente atingíveis. Todavia, também não se nos apresentam utópicas. Nas necessárias e urgentes mudanças, os profissionais, ligados ao trabalho social terão uma importância vital na dinamização e operacionalização de todos este processo que pressupõe a articulação e o desenvolvimento da sociedade civil, uma política da vida quotidiana mais efectiva, de maior proximidade e participada e, como não poderia deixar se ser, na potenciação de princípio da cidadania activa geradora do desejado e aconselhado “envelhecimento activo”.

Uma das maiores dificuldades ao trabalhar-se com o fenómeno da violência deriva da sua etiologia e da multiplicidade de causas propiciadoras dos reprováveis actos. O que se observa, na explosão de violência dos dias actuais em todos os grupos etários e classes sociais, é a influência de factores relacionados com problemas macro estruturais, institucionais, relacionais, políticos e de classes, acarretando um forte sentimento de insegurança que tende a exacerbar o individualismo, promovendo a exclusão social e dificultando sentimentos de solidariedade. Particularmente no que diz respeito à violência contra o idoso, esses factores expressam-se pela pequena presença de políticas públicas de assistência social e saúde que atendam às necessidades de uma população idosa que cresce cada vez mais e que vive um número cada vez maior de anos, pelos problemas sociais e económicos que afectam a grande maioria das famílias portuguesas (sobrevividas), para as quais os membros mais velhos constituem mais um peso do que uma satisfação, e pelas lacunas na formação dos profissionais ligados à saúde e ao trabalho social para lidarem com situações de abusos contra os idosos. Para que esta problemática seja seriamente equacionada é necessário promover uma acção conjunta do Estado, da Sociedade Civil e das Comunidades, a partir da sensibilização para a gravidade do problema. A legislação que define os direitos dos idosos e as responsabilidades do governo, da família e da sociedade é uma importante base de apoio, mas tem vindo a revelar-se insuficiente. Sem que seja implementado um trabalho educativo de divulgação, discussão e interpretação, uma lei não basta para alterar comportamentos, alguns deles profundamente arraigados e impregnados de preconceitos.

Para combatermos eficazmente todas as formas de violência que prejudicam os cidadãos mais idosos consideramos fundamental estimular acções que promovam a educação gerontológica para todas as faixas etárias, em todos os níveis, na sociedade, na comunidade e nas famílias. A imagem distorcida da velhice como fase de inactividade, comprometimento físico e mental, inutilidade e isolamento social, muitas vezes transmitida pela família, pode dar origem a comportamentos desrespeitosos, às vezes, até agressivos da parte dos mais jovens. A educação pode ser a chave do sucesso, sê-lo-á certamente se comungarmos do pensamento do grande pedagogo Paulo Freire para quem *“Ensinar exige compreender que a*

educação é uma forma de intervenção no mundo: ensinar exige liberdade e autoridade: ensinar exige saber escutar: ensinar exige querer bem aos educandos: ensinar exige a convicção de que a mudança é possível.” (Macedo et al., 2001, p.22).

Vivemos na apelidada sociedade da informação. Actualmente a sociedade caracteriza-se pelo elevado número de actividades produtivas que dependem da gestão de fluxos informacionais, aliado ao uso intenso das novas tecnologias de informação e comunicação. Culturas e identidades colectivas são uma consequência desta nova era. Esta ferramenta poderá servir, se usada racionalmente e para fins de cariz social, para evitar a exclusão social e para dar novas oportunidades aos indivíduos. Não sendo um suficiente, poderá revela-se um elemento necessário para promover a mudança de atitudes ante a velhice. Na perspectiva de alguns autores, há dois âmbitos fundamentais a partir dos quais a informação pode ajudar a modificar e introduzir positivamente as atitudes da sociedade perante as pessoas idosas: os **meios de comunicação e a escola**.

3.3. Educação através de programas específicos na Escola

A instituição Escola poderá realizar acções de grande relevo que imprimam uma mudança na forma como hoje são olhados os nossos concidadãos de maior idade. Desde logo, criar um dispositivo, transversal às diversas áreas do saber, que permita e potencie as necessárias reflexões em torno da «passagem do tempo», o ciclo vital, a doença, a perda de capacidades, a tolerância, o envelhecimento e as possibilidades que se oferecem nesta etapa da vida. No trabalho específico, a desenvolver com os alunos, deve ser dada primazia ao trabalho a realizar em torno da linguagem. Normalmente, estão associadas ao envelhecimento uma série de expressões de valoração negativa associadas a mitos, de longa data, que urge analisar e erradicar. Comprovadamente assertivo é o fomento de encontros com pessoas idosas nos centros educativos infantis e nas escolas. Leptihn (2007), coordenador da Sociedade Alemã de Ajuda aos Idosos (*GDA – Gemeinschaft Deutsche Altenhilfe GmbH*) e especialista em doenças do foro mental, constata na sua prática profissional que muitos idosos não querem ser institucionalizados porque sentem que essas «casas» só têm gente idosa. Acrescenta ainda que quanto

mais idosa a pessoa for, mais necessidade terá de estar com gente nova, especialmente crianças, uma vez que estas não têm problemas, não se sentem culpadas e não têm preocupações, precisamente aquilo que eles desejariam para si. No fundo, os mais novos representam os atributos que eles já um dia possuíram e que dessa forma lhes é permitido vivenciar, ainda que com uma certa carga nostálgica. Deve também ser estimulada a frequência das instituições pelas crianças. Ainda que possa surgir alguma “agitação / turbulência”, estas iniciativas devem ser dinamizadas porque estas situações de menor tranquilidade também fazem parte da vida. Interessante será promover um trabalho em parceria com, por exemplo, jardins-de-infância. A este respeito, concordamos em absoluto com esta perspectiva e parece viável a sua implementação. Não esqueçamos que muitas instituições, especialmente das *IPSSs*, possuem diversas valências passíveis de serem articuladas produzindo ganhos consideráveis através do contacto intergeracional.

Desde as investigações do célebre sociólogo Durkheim (2001) que se reconhece que o isolamento e a ausência de relações com os outros são factores de predição dos comportamentos suicidas. Fontaine (2000) alerta para o sentimento de inutilidade que se apodera de muitos idosos quando não estão empenhados em qualquer actividade produtiva. O autor, baseando-se num estudo conduzido pelo *Americans Changing Lives (ACL)*, salienta a importância de muitas actividades informais, como por exemplo, auxílio escolar, acções humanitárias, actividade política ou outras actividades de ajuda para a auto-estima do idoso. É de todo inaceitável que se continue imprudentemente a privar a sociedade de uma imensa quantidade de saber e matéria cinzenta.

Considerando a possibilidade de trocas entre gerações na sociedade, Ferrigno (2003) referencia algumas estratégias de promoção da co-educação já executadas e com bons resultados: os mais velhos transmitem memórias; os mais jovens ajudam na educação para os novos tempos (lidar com as novas tecnologias), a partilha de centros actividades, encontro de velhos e novos no trabalho voluntário.

3.4. Educação através dos meios de comunicação

Neste princípio de século *XXI* é fácil constatar o enorme poder dos *media* e a sua exagerada influência na nossa sociedade cada vez mais global, cada vez mais edificada sob a dinâmica e o domínio de diversos poderes (políticos, económicos, sociais...) e cada vez mais interessada na mediatização. Há quem defenda a ideia de que os *media* ocupam um «quarto poder» ao lado do legislativo, executivo e judicial. Se este conceito é discutível, inegável é a função indispensável da comunicação de massas em democracias. A informação é essencial para uma boa evolução da sociedade e desempenha um papel principal na formação da nossa sociedade, atingindo uma vasta plateia. Os meios de comunicação contribuem em grande medida para: a atribuição de *status*; a valorização da autoridade de indivíduos e grupos; o reforço das normas sociais; entre outros.

Portanto, a sua rentabilização, em prol da educação para uma sociedade mais justa e que respeite os direitos dos cidadãos mais velhos, poderá revelar-se deveras eficaz no desfazer de “mitos”, em relação à velhice, e na construção de uma nova imagem dos seniores como indivíduos activos, interventivos e importantes para o equilíbrio societal. O que fazer? Em primeiro lugar, devem ser sensibilizados os múltiplos responsáveis pelos órgãos de informação para o urgente contributo que poderão dar na construção de uma melhor qualidade de vida para um segmento populacional em crescendo. Depois podem ser levadas a cabo acções de índoles diversas: criação de programas de rádio e televisão que ajudem a integrar a velhice com normalidade e aceitação, dando a conhecer uma imagem mais positiva das pessoas idosas. Terá que haver sempre o cuidado de se ajustarem as temáticas e os horários, bem como promover a participação dos idosos e dos que deles cuidam.

Os *media* serão certamente o meio mais eficaz na luta contra a eliminação dos estereótipos. Este objectivo poderá ser alcançado através da inclusão de mensagens em *spots* publicitários, condenatórias dos maus tratos e de quaisquer outras formas de discriminação em função da idade. Poderão também auxiliar na reprovação de tópicos que catalogam cruelmente as pessoas idosas como pessoas de «segunda linha», sem expectativas, sem curiosidade nem interesse pelo que as rodeia e sem

nada para darem à sociedade. As campanhas publicitárias deverão difundir sempre mensagens positivas. Estas campanhas devem chegar aos idosos, aos familiares e a todos os lugares que frequentem. Devem ser promovidos programas de carácter informativo, tendo como público-alvo os idosos. As temáticas a abordar preferencialmente versarão o envelhecimento enquanto processo; as suas possibilidades; as limitações; o direitos e deveres dos idoso; os maus tratos e sua total reprovação; os recursos disponíveis para as pessoas idosas e os seus cuidadores; a prevenção da fraude; a violência ou o roubo e as medidas de segurança no domicílio e na rua... Não menos interessante será a criação de grupos de discussão e debate sob a liderança de pessoas idosas em torno das temáticas anteriormente referidas. Seria igualmente pertinente a criação de publicações periódicas atractivas para as pessoas idosas, com mensagens claras e de fácil legibilidade. Não poderíamos deixar de ter uma palavra de apreço pelas *ONGs*. Muitas intervenções levadas a cabo por estas organizações permanecem invisíveis recolhendo poucos apoios e escasso reconhecimento social pelas intervenções. Uma maior divulgação do seu trabalho poderia servir de dínamo para potenciais apoios financeiros e ao nível do voluntariado.

3.5. As potencialidades da Internet

Uma dimensão a ter em conta é a que tem por base as novas formas de comunicação através da *Web*. Neste capítulo salientamos a crescente implementação da animação cibercultural enquanto poderoso instrumento de modificação social. Este modelo de comunicação fundamenta-se numa comunicação de tipo horizontal, comunicação entre iguais, livre de coações individuais e comunitárias, na qual ninguém procura mudar o outro mas pressupõe que as partes interactuem e se enriqueçam mutuamente através de uma relação dialógica. Uma comunicação que tem por objectivo que os indivíduos e as instituições se convertam em co-autores dos seus próprios conteúdos vitais, que definitivamente assumam o seu papel de emissor de forma activa, aprendendo e sendo capazes de se expressarem de forma vivencial e significativa.

Tal como o exercício físico exercita o corpo, as novas tecnologias exercitam a mente.

Neste modelo de intervenção, são as estratégias interactivas que se convertem no motor de desenvolvimento e estruturação das identidades, as comunidades e as redes sociais, estratégias que passam inevitavelmente pela comunicação, o diálogo, a interculturalidade, a livre expressão de inquietudes e representações da realidade, a cooperação em projectos comuns de desenvolvimento, a tolerância e a solidariedade como princípios de sustentabilidade. Definitivamente, trata-se de um projecto partilhado, fruto de sinergias.

O uso profissional da Internet poderá ser um instrumento de apoio poderosíssimo que revelar-se-á, se optimizado, frutífero na exequibilidade de diversas intervenções. Torres e Polo (2001) fazem a apologia desta ferramenta para âmbitos tão diversificados como: a formação, a teleintervenção, a telesupervisão ou a telecoordenação. Indubitavelmente, as tecnologias da informação estão a exercer um grande impacto nas diferentes profissões e o trabalho social pode ser uma das áreas profissionais mais beneficiadas com o seu uso. As potencialidades podem revelar-se espantosas se aplicarmos os métodos tradicionais do trabalho social ao trabalho telemático. Estamos perante uma revolução dos métodos que muitos ganhos poderão propiciar nos projectos de intervenção que venham a ser implementados. Consideramos que esta ferramenta de trabalho deve ser rentabilizada ao máximo, enquanto instrumento facilitador da exequibilidade de medidas de intervenção, na realização de diagnósticos, no campo da investigação e produção de trabalhos científicos.

Poderá ser também um meio de excepcional valor no trabalho com indivíduos ou grupos com algum tipo de problema, podendo estes encontrar na Internet um meio inexorável para se aproximarem de outras pessoa com o mesmo tipo de problemática (por exemplo: a solidão) de uma forma rápida. As Comunidades Virtuais estão em voga e poderão ser uma boa estratégia de mitigar a solidão sentida por muitos dos nossos idosos.

Todavia, não podemos deixar de ter em atenção que Portugal é um dos piores países no que respeita à taxa de acesso à Internet. Muito trabalho ainda há para fazer, tendo os trabalhadores sociais uma palavra importante a dizer no combate a

esta lacuna. Os números divulgados pelo Eurostat em Abril de 2006 não nos podem ser indiferentes: apenas 31% das famílias portuguesas tem acesso à Internet em casa, abaixo da média da União Europeia, de 48% e muito atrás de países como a Holanda (78 %), Luxemburgo (77 %), Dinamarca (75 %), Suécia (73 %), Alemanha (62 %) e Reino Unido (60 %). Atrás de Portugal, ficaram 6 países: Lituânia (16 %), República Checa (19 %), Grécia e Hungria (22 %), Eslováquia (23 %) e Polónia (30 %). As taxas de info-exclusão em Portugal são bastante acentuadas, sobretudo se comparados os valores com os registados nos restantes parceiros comunitários. Os vários estudos permitem verificar que o acesso e disponibilização das Tecnologias da Informação e Comunicação - vulgo TIC - dependem sobretudo de factores como a idade, o emprego, o nível de escolaridade e a região onde vive – urbana ou rural. A info-exclusão poderá ter outras origens, tais como: falta de infra-estruturas ou acesso; falta de incentivos à utilização das TIC; falta de capacidades de utilização das TIC.

Ao mencionar as potencialidades da *Web* apresenta-se-nos inevitável a alusão a um dos fenómenos de maior sucesso em Portugal: a blogosfera. O jornal *Público*, na edição do dia 22 de Março de 2008, dá-nos a conhecer a escalada crescente do número de blogues, sob o título *Um país de blogues*. O cronista Pedro Mexia, um pioneiro da blogosfera, veicula a ideia de que hoje estarão em actividade, no nosso país, cerca de 200 000. Um estudo internacional recente indica que Portugal é, de facto, em termos relativos, um dos países onde mais gente escreve e lê blogues. Uma das vantagens, deste formato, resulta da gratuitidade e facilidade com que se cria um blogue. Há blogues sobre tudo e mais alguma coisa e de qualidade variável, desde o excelente ao péssimo. Todavia, no que se refere ao Trabalho Social e à prática com a população idosa, são indiscutíveis os benefícios que este meio de comunicação proporciona. Antes de mais, enquanto meio de expressão, permite a permuta de ideias (entre profissionais, entre estes e idosos e os próprios idosos). Este formato ganha uma dinâmica ainda maior, relativamente à questão dos idosos, quando a sua linha editorial versa essencialmente assuntos relacionados com a actividade dos seniores ou ainda, sempre que um blogue de qualidade reconhecida se dedica a este tema em concreto. Durante o mês de Fevereiro, o assunto escalpelizado foi *A População Idosa Versus Igualdade de Oportunidades*.

A troca de informações, a partilha de emoções, o despertar das consciências face a uma temática tão sensível foi só por si enriquecedora e compensadora. Mas, ainda mais fantástico foi poder ler um texto escrito por alguém que já faz parte da população idosa, um homem (José Oliveira – “Zé do Cão”) nascido em 1931 a falar sobre idosos como de uma população que lhe seja estranha. Seguidamente, transcrevemos as passagens mais sugestivas de um texto que nos faz acreditar que vale a pena apostar nesta área e que nos transmite a firme certeza de que, de facto, o termo “velho” é tão ambíguo quanto negativamente conotado:

Os velhos vistos por um idoso

Sei que sou idoso, o meu Bilhete de Identidade também o afirma. Nasci em 1931 e já tinha um irmão 5 anos mais velho do que eu (...)

Mudanças radicais, não, não tive, mantive o meu estilo de vida, julgando que por ele se deveu a maneira de pensar e agir que sempre tive. Comer saudavelmente, beber com moderação, recusar bebidas fortes em álcool, não fumar, não perder noites e até na sexualidade houve sempre peso e medida (às vezes não), viajando, viajando muito, alargando os conhecimentos de vida. Abandonei o trabalho aos 72, sinto falta dele e arrependo-me de o ter feito, faz-me falta o contacto humano e as preocupações que advinham dele.

Tenho um corpo direito, talvez um pouquinho barrigudo, fruto da cadeira, continuo a gostar de rir de fazer uma partida e contar uma boa anedota. Assim, este idoso não se sente velho e de maneira nenhuma o é.

Tenho muita dificuldade em poder apreciar o que é ser velho, o que é ter dificuldades de locução, de doença, porque não vivo essa realidade.

Estou convicto que quando em nossa casa, existe um velho doente, acamado e sem possibilidades de se lhe poder dar assistência, será um drama naquele lar. E neste momento em quantos lares, asilos ou simples casas com o nome pomposo de repouso, haverá idosos em fim de vida a sofrerem por falta de apoio, dos familiares, filhos sem coração, que recusam dar um carinho e apoio aos seus

progenitores, que tudo fizeram durante a sua existência retirando da sua frente os escolhos que lhe podiam fazer frente

Alguns mesmo, retirando-lhe a possibilidade de desfazendo-se de bens materiais, poderiam ter menos sofrimento durante o curto espaço da sua curta existência.

José Oliveira

A blogosfera que tem merecido a atenção de milhares de portugueses é bem capaz de cumprir uma grande missão no apoio à população mais envelhecida. Assim queiram os envolvidos nesta temática abraçar novos projectos e potenciar uma ferramenta barata e acessível a par de uma formação adequada a esta faixa etária.

3.6. A prevenção da exclusão social

“A população idosa constitui um dos grupos populacionais mais vulneráveis a situações de pobreza e exclusão social, por se encontrar, em larga maioria, afastada de alguns dos sistemas sociais básicos” (Gonçalves e Silva, 2000, p.4).

Todas as estratégias, anteriormente enumeradas, dão um contributo importante na prevenção da exclusão. A exclusão social é um problema que afecta uma grande parte da população idosa na nossa sociedade. Muitos são os indivíduos que paralelamente ao seu processo de envelhecimento se vêm privados das condições mínimas que lhes permitam viver com a dignidade a que têm direito. Chapman (2002) afirma que “ (...) uma vida longa tornou-se, mais do que um sonho, algo a considerar quando se pensa no futuro. (...) Com um planeamento cuidadoso podem transformar estes anos nos melhores das suas vidas.” Este planeamento cuidadoso requer, segundo o autor, três ingredientes indispensáveis: reservas financeiras adequadas, boa saúde e adaptação emocional. Estes ingredientes são, para a maioria da população difíceis de alcançar, conjugar os três vislumbra-se quase utópico. Poucos idosos preparam a sua reforma convenientemente. Para fazer face a estas limitações que afectam a uma larga franja populacional, devem ser fomentadas políticas sociais cujos objectivos passem pela prevenção de situações de exclusão. Ribeiro (2001), entende que se deve fomentar e apoiar a criação e/ou alargamento em todas as freguesias de serviços de apoio domiciliário

no âmbito das necessidades diárias e da saúde. A nível familiar considera que se devem apoiar economicamente as famílias mais carenciadas para que o idoso não se torne ou deixe de ser um peso para o orçamento familiar. Realça ainda a necessidade de melhorar as “ajudas técnicas” (próteses, cadeiras de rodas, canadianas, fraldas...). Refere outros dois aspectos que nos parecem fulcrais: a criação de programas de acolhimento temporário em relação aos idosos mais dependentes, permitindo que a família descanse uma ou duas vezes por ano e a permanente sensibilização às famílias no sentido de as fazer entender o quão é importante é manter os idosos no seu meio familiar. Deve ser estimulado, no próprio meio familiar, a participação na vida comunitária para que se mantenham as relações de amizade e de entreajuda.

3.7. A importância da formação

A formação é tida, cada vez mais, como uma mais-valia em qualquer área do saber ou de acção / intervenção. Tão importante como a formação de base, a formação contínua (actualização de conhecimentos) deve ser estimulada e revestir-se de um carácter de obrigatoriedade para todos os profissionais. Toda a literatura, seja nacional ou internacional, apela para a necessária melhoria dos conhecimentos de todos os profissionais ligados ao trabalho social. Os profissionais que trabalham com idosos devem munir-se de todos os conhecimentos acerca das necessidades específicas dos idosos, tendo especial atenção às situações de dependência e aos seus cuidados. Na perspectiva de Bernal e Gutiérrez (2005), que subscrevemos, é imprescindível que os profissionais de atenção primária recebam formação geriátrica e gerontológica e mais concretamente no que concerne aos maus tratos. Mórán (2004) menciona que existe um claro défice de profissionais e técnicos especializados na temática do envelhecimento. A carência destes recursos humanos qualificados impede, por sua vez, a concretização de avanços nas investigações e estudos que possibilitem um maior conhecimento da problemática, relativa aos idosos e do seu processo de envelhecimento, conhecimentos indispensáveis para se implementarem melhores decisões em prol desta população. Propomos, sustentando a nossa opinião nas indicações dadas na literatura de diversos países, que se promova uma formação interdisciplinar que analise o processo de

envelhecimento desde uma perspectiva biopsicossocial, munindo os futuros trabalhadores sociais das ferramentas necessárias que lhes permitam integrar-se adequadamente nas equipas de trabalho ao nível gerontológico, propondo uma intervenção social gerontológica ao nível individual, grupal e comunitário. García (2007) considera que se existe, em sentido formal, a ciência da velhice, a gerontologia, não existe num sentido substantivo, necessário para a compreensão global do processo de envelhecimento.

Para chegar a esse patamar é preciso combinar esforços das áreas científicas biomédicas, psicológicas e sociais. Acredita também que as questões ligadas ao envelhecimento podem e devem ser resolvidas pelas disciplinas ou profissionais implicados no conhecimento da velhice: Geriatria, Psicologia da Velhice, Antropologia da Velhice, Sociologia da Velhice, Tanatologia, Direito, Trabalho Social gerontológico, Pedagogia, Economia, entre outras. Leptihn (2007) subscreve esta perspectiva e sublinha a necessidade de se traçarem objectivos comuns às equipas de trabalho multidisciplinar e concede à comunicação uma grande preponderância, considerando que esta deve ser uma preocupação constante e deve chegar regularmente a todos os membros da equipa.

Todos os profissionais devem estar habilitados a responder às possíveis questões dos idosos ou dos seus familiares. No que diz respeito aos maus tratos os profissionais devem consciencializar-se para o facto de estes serem uma realidade e não uma ficção e que a sua negação entorpece a dinâmica preventiva. Urge também considerarem-se os maus tratos como um verdadeiro problema de saúde pública sobre o qual temos que actuar. Uma última sugestão, parece-nos que será benéfico incluir nos planos de estudos, dos diferentes níveis de ensino (licenciatura, pós-graduação, mestrado, doutoramento), a especificidade de um tema deveras complexos: os maus tratos.

3.8. A relevância da detecção

3.8.1. Sentido da detecção

A dimensão exacta da problemática dos maus tratos permanece uma incógnita. Os números conhecidos e divulgados nas estatísticas oficiais estão muito longe da realidade. Uma resposta justificativa desta lacuna poderá residir na grande dificuldade que existe na detecção das situações em que são desrespeitados os direitos dos mais idosos. Este fenómeno permanece, na maioria das situações, oculto e é escondido pelos próprios protagonistas. Hugonot (2007), testemunha que, após o seu primeiro livro *A Violência Contra os Velhos (Violences contre les Vieux)*, se habituou a apresentar os maus tratos como uma “Doença da Tolerância”. A detecção dos maus tratos é dificultada por diversos factores: a imprecisão na definição dos maus tratos (não esqueçamos que existem diferentes pontos de vista e interesses entre os profissionais ou grupos sociais); escassa formação dos profissionais; o silêncio dos próprios idosos, quando vítimas de familiares ou profissionais, o fenómeno a que Hugonot apelida de *Violências Invisíveis*.

A detecção do mau trato, sofrido por pessoas de idade, depende da consciencialização, conhecimento e compreensão do problema e do reconhecimento dos indicadores e dos efeitos manifestados pelos maus tratos.

Os abusos serão de difícil detecção caso os profissionais e os leigos pressuponham que certo comportamento ou estado físico da pessoa idosa se deve única e exclusivamente à sua idade avançada ou à sua pouca saúde.

Caso as pessoas não absorvam uma consciencialização plena do fenómeno e da sua gravidade, apenas serão detectados os casos de gravidade extrema, nos quais os sinais externos são por demais evidentes.

Seguindo esta linha de pensamento, Fernandez *et al.* (2006), apresentam-nos um panorama sombrio, horrendo e cruel:

“A velhice não é vista senão em termos de constrangimento, fardo, e inutilidade. A grande “balda” dos Estados permite um verdadeiro genocídio geriátrico sem culpa,

porque quando somos velhos, devemos morrer. Um genocídio silencioso perpetuado graças às incoerências e aos maus tratos.”

Christophe Fernandez, presidente da *AFPA*, vai mais longe e dá o “toque a rebate” avançando com uma urgência política no que diz respeito à geriatria: as estatísticas são reveladoras de um *tsunami* em potência, caso não haja decisões para pôr em marcha uma política nacional, racional, operacional, homogénea e sobretudo corajosa. O especialista completa esta informação afirmando que esta situação nefasta ultrapassa largamente o contexto do seu país. A problemática dos maus tratos é muito mais vasta, afectando todos os países, mesmo aqueles que, como o Japão e os EUA, já possuem preciosos mecanismos de protecção.

As pessoas que são vítimas de maus tratos e não utilizam os serviços médicos ou sociais dificilmente se farão notar. Para agravar esta ocultação, existem barreiras sociológicas e situacionais na hora de denunciar que se está a ser vítima e mau trato. As instituições *IMERSO*, *SEGG* e *OMS* (2006, pp. 31-34) estabelecem e agrupam as várias barreiras que obstaculizam a detecção dos maus tratos: barreiras presentes na possível vítima; relativas aos possíveis responsáveis pelos maus tratos e/ou negligência; relativas a familiares; socioculturais; relativas aos profissionais e estruturais.

Assim, por vezes, a própria vítima torna-se uma barreira porque tem medo de represálias, nega, sente vergonha, considera-se culpada, tem problemas de saúde, problemas cognitivos, desconhece a situação, os serviços que tem à disposição na comunidade, os seus direitos e a gravidade da situação. O sistema de crenças é também considerado um forte obstáculo. Muitas vezes o indivíduo julga que ninguém o pode auxiliar, acredita que merece ser maltratado, crê que é um problema familiar e portanto deve ser resolvido internamente sem o envolvimento de estranhos, pensa que não vão acreditar nas suas declarações, crê que os maus tratos que está a suportar resultam de um comportamento familiar normal, acredita que ainda que conte a alguém nada vai mudar a situação que está a viver, pensa que a situação terminará rapidamente, especialmente se o responsável pelo mau trato prometeu que não voltaria a acontecer e crê que não pode confiar em ninguém. Bernal e Gutiérrez (2005) afirmam que a negação é uma das barreiras

mais comuns e frustrantes para a detecção e informação dos maus tratos e acrescentam outras barreiras: o isolamento e a dependência em relação ao agressor.

As barreiras por parte do responsável dos maus tratos e/ou negligência são a negação (nega a sua existência); o isolamento (pode impedir que a vítima aceda aos serviços médicos e sociais para evitar que os profissionais detectem os maus tratos); o medo do fracasso (crê que se admite a existência da situação e procura ajuda, está a aceitar que as coisas não “correm bem” e que fracassou) e a recusa de qualquer intervenção, após a confirmação dos maus tratos.

As barreiras relativas a familiares e amigos são a consequência destes não saberem com quem devem falar da questão; não quererem envolver-se; não quererem revelar que o mau trato está a ocorrer porque a vítima lhes pediu que não informem.

Os obstáculos socioculturais que podem complicar a detecção dos maus tratos são o idadismo (*Ageism*), isto é, as atitudes negativas, desfavoráveis e de discriminação em função da idade, considerando os direitos das pessoas idosas como menos importantes do que os dos outros membros da sociedade, diminuindo o valor que se lhes concede como pessoas. Acrescem a falta de consciencialização sobre o tema dos maus tratos e a percepção da situação como normal. No que concerne aos profissionais, das diversas áreas de intervenção, sublinham a falta de formação adequada para identificar correctamente os sinais ou indicadores dos maus tratos; a desorientação acerca de linhas orientadoras de actuação (podem não estar conscientes de que estão na presença de uma situação de mau trato); não possuir os meios adequados para diagnosticar de forma diferenciada quando as pessoas idosas se apresentam com lesões e traumatismos ou quando surgem com problemas de desnutrição, desidratação¹³, hipotermia, etc. Outros obstáculos: assumir-se que a família proporciona sempre apoio adequado e bons cuidados; não querer envolver-se na situação para evitar interferir, por um lado, nas relações familiares entre a pessoa idosa e o cuidador, por outro lado, na sua relação profissional tanto com a pessoa idosa como com o possível responsável pelos maus tratos; a pessoa idosa

¹³ Hugonot (2007), afirma que é muito fácil matar um idoso, basta privá-lo da bebida! A privação da água é uma arma temível. Refere que muitos idosos perdem a sensação da sede, a qual provoca uma desidratação progressiva. Um grande número de idosos pode também falecer de “Não sede”.

pede que não informe ninguém da situação; falta de tempo e de privacidade durante as visitas com a pessoa idosa ao médico; os sinais podem ser difíceis de detectar já que muitos deles, em algumas ocasiões, são erradamente atribuídos a alterações associadas ao envelhecimento ou à enfermidade física / mental; ausência de protocolos para avaliar e responder positivamente a esta problemática; falta de experiência na avaliação dos maus tratos; falta de coordenação entre os profissionais, a família o possível responsável pelos maus tratos e o idoso; não dispor de directrizes claras acerca da confidencialidade; temer que o presumível responsável pelas agressões aumente a sua ira contra o profissional e contra a vítima; sentir-se impotente manter atitudes idadistas e a tendência corporativista (desculpabilizar colegas de trabalho).

Quanto às barreiras estruturais assinalam duas: a falta de recursos e de consciencialização.

3.8.2. Detecção por parte dos profissionais

Os profissionais de atenção primária estão em posição privilegiada e têm uma oportunidade única para identificar e informar os maus tratos sofridos pelos idosos. Para tal, revela-se de todo urgente formar as pessoas que trabalham neste âmbito para ajudarem a detectá-los, avaliarem as situações e, sempre que necessário, intervirem de forma assertiva. Estes profissionais encontram-se numa posição privilegiada no que diz respeito à detecção dos maus tratos, uma vez que são as únicas pessoas, externas ao núcleo familiar, com a possibilidade de observarem a pessoa idosa com mais regularidade, podendo estabelecer com elas e com os seus familiares uma relação de confiança. Deste modo, poderão obter as informações necessárias para reconhecerem os maus tratos ou negligência potenciais e intervir antes que estas se possam produzir. Esta tarefa, ainda que árdua e complicada, de detecção dos maus tratos, por parte dos profissionais de atenção primária, pode ser facilitada, caso sejam adoptados instrumentos adequados com os quais os profissionais possam avaliar rapidamente a existência de maus tratos.

Internacionalmente, foram desenvolvidos vários instrumentos dirigidos à detecção dos maus tratos. A utilização destes questionários pode comportar diversos riscos, a saber, culpabilizar as pessoas idosas e os seus familiares. Há que proceder à aplicação destes instrumentos com grande “dose” de sensibilidade e nunca esquecendo a especificidade do assunto em análise. Aconselha-se a que estes sejam breves, com um grupo de questões sintéticas para que não se consuma tempo excessivo, deverão ser manejáveis pelos diversos profissionais e adaptados ao contexto sociocultural.

Como nos indicam Bernal e Gutiérrez (2005), diferentes associações científicas aconselham os profissionais a estarem em alerta permanente perante a aparição de indicadores de maus tratos, procurando identificá-los precocemente mediante a exploração e entrevista com a pessoa idosa. Deve ser dada prioridade às pessoas que apresentem factores de risco (os quais abordaremos no ponto que se segue) ou situações de maior dependência e vulnerabilidade.

No sentido de procurar desbloquear as barreiras e gerar um ambiente de segurança aqui ficam algumas sugestões dos autores anteriormente citados: adaptar a linguagem ao nível cultural da pessoa idosa; propiciar um ambiente relaxado; não julgar; estabelecer uma relação empática.

3.9. Identificação dos factores de risco

Alguns factores de risco já foram destacados, ao longo da exposição, tais como ciclos recorrentes de violência familiar; problemas de saúde mental do cuidador, associados ou não ao consumo de álcool e de drogas; incapacidade funcional do idoso dependente, tornado maiores o risco e a vulnerabilidade para maus tratos e negligência, quanto maior for o grau de dependência, como concluem os vários estudos internacionais. Outro factor de risco está relacionado com o stress causado pelo acto de cuidar, por questões financeiras e por falta de suporte de serviços comunitários. Outro factor a considerar é o isolamento social.

Sendo o fenómeno dos maus tratos algo de extremamente complexo, facilmente se compreenderá que estes sejam o resultado de uma interacção de múltiplos factores

Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso

peçoais, familiares, sociais e culturais. Estes factores, que potenciam a acção de maltratar, poderão estar presentes no idoso, no cuidador ou no contexto da situação de cuidado.

Reis (2000), propõe uma medida de despiste do abuso com base numa investigação em que procurou verificar a importância de uma lista de 60 itens como indicadores de abuso. Desses 60 itens iniciais verificou que 29 tinham importância enquanto indicadores de abuso. Paralelamente constatou que outros itens habitualmente relacionados como estando associados ao abuso, na realidade não se mostraram associados na sua investigação. Dos indicadores que se mostraram associados observou variáveis relacionadas com o cuidador e variáveis associadas com o idoso. A tabela seguinte ilustra as associações encontradas e os números indicam sequencialmente a força dessa associação.

Indicadores de Abuso (Reis, 2000)	
<i>Cuidador</i>	<i>Idoso</i>
<i>1. Ter problemas de comportamento</i>	<i>4. Foi abusado no passado</i>
<i>2. Estar Financeiramente dependente</i>	<i>5. Tem conflitos familiares / conjugais</i>
<i>3. Ter problemas mentais / emocionais</i>	<i>8. Pouca compreensão da sua condição médica</i>
<i>6. Ter problemas de abuso de álcool ou outras substâncias</i>	<i>11. Sofre de isolamento social</i>
<i>7. Ter expectativas irrealistas</i>	<i>15. Falta-lhe suporte social</i>
<i>9. Não compreende a condição médica do idoso</i>	<i>16. Tem problemas de comportamento</i>
<i>10. Relutância nos cuidados</i>	<i>18. É financeiramente dependente</i>
<i>12. Ter conflitos conjugais / familiares</i>	<i>19. Tem expectativas irrealistas</i>
<i>13. Relação actual de baixa qualidade com o idoso</i>	<i>20. Tem problemas de álcool ou de medicação</i>
<i>14. Inexperiência na prestação de cuidados</i>	<i>21. Relação actual com o cuidador de baixa qualidade</i>
<i>17. Acusador</i>	<i>22. Sofre de ferimentos ou de quedas suspeitos</i>
<i>24. Relação passada com o idoso de baixa qualidade</i>	<i>23. Tem problemas emocionais / mentais</i>
	<i>25. Acusador</i>
	<i>26. É emocionalmente dependente</i>
	<i>27. Não tem médico regular</i>

Fonte: Alves (2004, p.11). *Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos.*

O estudo de Reis permite-nos verificar que os três indicadores mais fortemente ligados ao abuso estão relacionados com o cuidador. São também os problemas de comportamento, o estar financeiramente dependente do idoso e ter dificuldades ou problemas mentais / emocionais factores determinantes. O quarto e o quinto indicador com maior associação ao abuso são relativos ao idoso: ter sido abusado no passado; ter tido conflitos conjugais ou familiares. Wolf (1998) e Hirsch (2001), apontam itens semelhantes, como factores de abuso, realçando os que se seguem: a dependência que o abusador possa ter em relação à vítima; o estado psíquico do abusador; o estado físico e cognitivo do idoso e o isolamento social da família. Hirsch elenca uma série de sinais indicadores de abuso: cuidador que falta a consultas; cuidador que não visita o paciente no hospital; relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos ou doenças suspeitas; explicações vagas ou não plausíveis do cuidador ou do paciente acerca de ferimentos; tensão ou indiferença entre cuidador e paciente; múltiplas escoriações em diferentes fases de recuperação; escoriações em locais não usuais; ferimentos com um padrão (marca do objecto usado na agressão); evidência de ferimentos antigos não registados previamente; nariz ou dentes partidos; evidência radiográfica de fracturas antigas; níveis terapêuticos de drogas; ausência de óculos, próteses dentárias ou auditivas; baixo conhecimento (por parte do cuidador) dos problemas médicos do idoso; tentativas do cuidador de dominar a entrevista médica; abuso verbal ou hostilidade para com o idoso; hostilidade para com o profissional de saúde / trabalhador social; evidência de abuso de substâncias ou de problemas de saúde mental; o idoso revelar medo em relação ao cuidador; relutância em estabelecer contacto ocular; diagnóstico de demência com histórias de desordem de comportamento. O autor enfatiza, como principais factores de risco: a excessiva dependência do idoso de outrem na realização das suas actividades da diária e o stress do cuidador.

A APAV no *Manual Títono Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime* (1999), identifica os diversos contextos em que poderão ocorrer os maus tratos: na família; em instituições; na sua casa (quando reside só); na rua ou ainda em situações de incapacidade. Uma das notas, inscrita no manual, chama a atenção para a responsabilidade que recai sobre os diversos profissionais, pertencentes às diversas instituições da comunidade (profissionais de saúde, assistentes sociais,

agentes policiais...). Uma vez mais, o enfoque incide na necessidade de os profissionais agirem com um certo bom senso e fazerem uso da sua experiência junto das pessoas idosas vítimas. Estas “máximas” são consideradas determinantes para o sucesso de qualquer intervenção.

Capítulo IV. Medidas de intervenção para-jurídicas e jurídicas

Importa, desde já, definir o objecto de intervenção do Trabalho Social no campo da velhice, ou seja, a pessoa idosa (individual ou colectivamente) que, em interacção com um meio concreto, vive uma situação determinada como necessidade ou como desejo de a melhorar e que quer e deseja superar e desenvolver a sua funcionalidade social com o apoio e a ajuda do trabalho social, cooperando na transformação da situação, das circunstâncias que a geraram e, principalmente, desenvolvendo as suas potencialidades a partir de uma perspectiva positiva.

Nesta interacção com as pessoas, os trabalhadores sociais devem compreender a complexidade caracterizadora das necessidades sociais dos idosos, sendo fundamental a apreensão multidimensional que deriva das práticas profissionais nas situações de objecto de intervenção.

Uma vez identificada a suspeita de maus tratos ou negligência contra o idoso, torna-se necessário ter em conta alguns princípios de intervenção. Neste sentido, Kingston e Tomita (*cit. in* Machado e Queiroz, 2006) referem os princípios que se seguem: os profissionais devem estar cientes das possibilidades de maus tratos; recomenda-se o trabalho interdisciplinar (o médico e o assistente social têm um papel fundamental, como equipa mínima de intervenção); a tomada de decisões deve ser compartilhada; todos os procedimentos devem ser executados de forma cuidadosa; explorar todos os recursos existentes na comunidade para ajudar na protecção àquele idoso; o suporte familiar, através da orientação para as questões relativas à doença do idoso, para tomadas de decisões, para divisão da responsabilidade dos familiares e para informação sobre rede de suporte comunitário, tem-se revelado (em vários países) extremamente eficaz para a manutenção do idoso na comunidade livre de quaisquer riscos. Nesta perspectiva, o uso da lei deve ser visto como último recurso, mas sempre que necessário deve ser activado. García (2007), refere-se à intervenção orientada por três níveis de prevenção, os quais não são mutuamente excludentes: prevenção primária; prevenção secundária e prevenção terciária.

<i>Níveis de prevenção</i>	
<i>Prevenção primária</i>	<i>Engloba acções destinadas a deter ou prevenir alguma coisa de modo a que não afecte o idoso. Controlo de causas e de factores de risco.</i>
<i>Prevenção secundária</i>	<i>Reduzir a prevalência dos maus tratos mediante a detecção precoce de situações ocultas. Intervenção precoce que impossibilite a reincidência</i>
<i>Prevenção terciária</i>	<i>Minorar os efeitos de uma situação incapacitante e auxílio na recuperação do nível máximo de funcionamento</i>

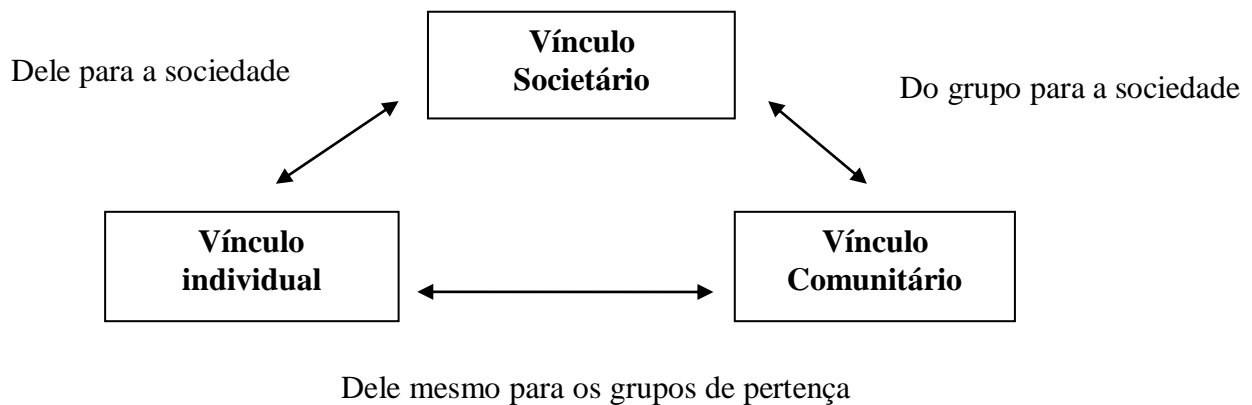
Fonte: García (2007, pp.54-55). *Trabajo Social en Gerontologia*.

As diferentes solicitações dos idosos requerem diferentes formas de intervenção. Os trabalhadores sociais devem possuir o conhecimento e a capacidade para ajudar os idosos a enfrentarem adequadamente as alterações próprias da idade, fomentando um envelhecimento activo caracterizado pela manutenção da sua autonomia e independência. Morán (2004), nas suas propostas para a intervenção social gerontológica, defende a ideia de que os idosos têm que ser actores sociais participantes em todo o processo. As políticas sociais devem ser construídas com os idosos e não para os idosos. Estamos a referir-nos a um enfoque baseado no paradigma construtivista e na microteoria interpretativa denominada interaccionismo simbólico que dão sentido a este modelo de intervenção, baseado na planificação de estratégias e que tem como objectivo que os idosos participem ao nível informativo, consultivo e resolutivo em todo o processo de intervenção social.

Os princípios de intervenção, no que concerne ao grupo dos idosos, são primordialmente a luta contra a exclusão social do idoso e a reconstrução do vínculo social do mesmo. De acordo com esta linha orientadora, urge a realização de um trabalho constante de inserção das pessoas mais velhas no meio social em

que vivem. Deve ser garantido o acesso aos direitos sociais que a sociedade deve atribuir a todos os cidadãos. A prevenção de todos os riscos de exclusão social é fundamental e é apresenta-se-nos notória a necessidade de criação de novos recursos indispensáveis para a manutenção ou optimização da inserção do idoso e dos grupos de idosos.

O risco que o idoso corre de enveredar por um processo de desfiliação é altíssimo. Para inverter esta tendência é, sem dúvida, fundamental criar e reconstruir o vínculo social do cidadão envelhecido. Este objectivo tem como princípios de intervenção o restabelecimento dos vínculos individual, comunitário e societário.



Fonte: Robertis (*cit. in* García, 2007, p.58). *Trabajo Social en Gerontologia*.

Há alguns elementos metodológicos básicos cujos profissionais do Trabalho Social não podem descurar nas suas acções dirigidas à intervenção: trabalho interdisciplinar, gizar planos individuais de atenção integral, usar instrumentos validados, estabelecer protocolos, realizar registos (claros, concretos, concisos e completos) que permitem, sempre que necessário: a permuta de informações entre os vários profissionais, a reconstrução de situações passadas, um correcto acompanhamento das intervenções, realizar avaliações internas e externas, potencia o trabalho interdisciplinar e a contínua revisão e actualização das actividades realizadas e da melhoria contínua da qualidade das mesmas.

O Trabalho Social Gerontológico tem como grande objectivo conhecer e transformar a realidade do idoso, contribuindo, em parceria com outros profissionais, para a melhoria do bem-estar deste grupo. O novo paradigma de intervenção coloca o enfoque no idoso, isto é, a atenção deve ser totalmente centrada na pessoa idosa e esta deve participar e ser protagonista nas intervenções sociais que lhe concernem. Tem que haver um esforço concertado, comum, uma comunhão de vontades para que as intervenções do trabalho social sejam eficazes.

Os profissionais do trabalho social podem intervir ao nível do indivíduo e ao nível do grupo. Na primeira situação, o trabalho social tem como objectivo manter e aumentar a funcionalidade social do idoso, potenciando a auto-estima, a confiança em si mesmo, a autonomia pessoal e a identidade individual. Quanto ao trabalho a desenvolver com grupos, o grande objectivo será criar oportunidades de inserção, criar vínculos entre os idosos e o seu contexto envolvente e restaurar laços de solidariedade.

Quando falamos em Trabalho Social Gerontológico devemos ter sempre em atenção que este abraça uma vasta panóplia de funções: informação; investigação; prevenção; assistência; promoção; mediação; planificação; direcção; avaliação; supervisão e docência. O trabalho social pode desenvolver acções de apoio directo ou indirecto. No que concerne ao apoio directo, este pode ser prestado a indivíduos ou grupos de pessoas idosas que estão ou poderão vir a estar em risco social. Os técnicos procurarão potenciar o desenvolvimento de capacidades e faculdades dos sujeitos e das respectivas famílias para enfrentarem, eles mesmos, futuros problemas e integrarem-se satisfatoriamente na vida social. Relativamente ao apoio indirecto, cabe a estes profissionais coordenar e optimizar os recursos existentes, rever as necessidades e planificar alternativas de intervenção, facultando uma atenção integral ao idoso e à sua família. Só com base numa acção conjunta e bem coordenada será dada uma resposta assertiva às necessidades do idoso.

Sabendo nós que a metodologia do trabalho social pressupõe uma estratégia de acção sustentada por uma teoria que vai permitir o conhecimento empírico da realidade concreta, podemos avançar com a ideia de que a intervenção do trabalho social deve resultar numa simbiose indissolúvel entre a teoria e a prática, prática

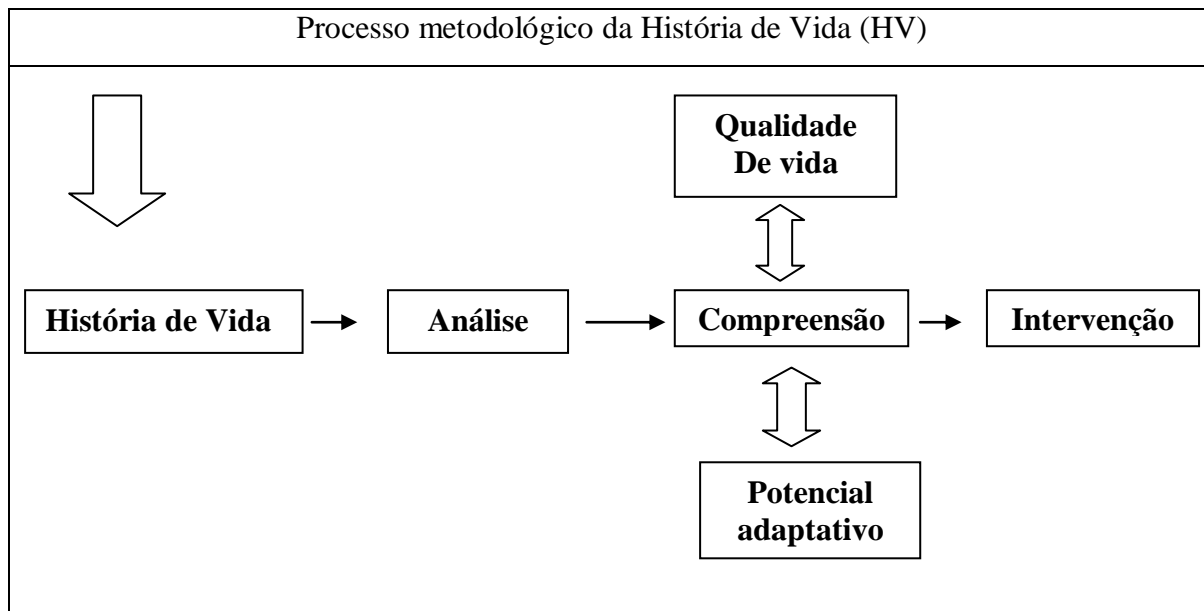
esta que possui em especificidade concreta para a qual contribuem conhecimentos dos diferentes ramos do saber. As opções metodológicas são importantes, no entanto estas não devem castrar o talento dos profissionais. A sensibilidade e criatividade dos técnicos podem originar novas metodologias de trabalho na intervenção profissional que se articula, habitualmente, em dois eixos fundamentais: individual / familiar e grupal / comunitário.

No nosso entender, a intervenção deverá ser primordialmente dirigida ao indivíduo e com ele co-construída. Schopenhauer (*cit. in Llunas, 2003*) tem uma afirmação bastante curiosa: *“Pode dizer-se que os primeiros quarenta anos da nossa vida proporcionam o texto, e os... seguintes, o seu comentário.”* Todos nós, ao longo do nosso percurso de vida, vamos construindo uma História de Vida, todas elas distintas, mas igualmente ricas.

Para que a intervenção com idosos resulte é preciso conhecê-los, ouvi-los, compreender o seu sentir, as suas emoções. Através da sua memória histórica, captada através das suas emoções, das suas vivências, das suas crenças, das suas aprendizagens, temos a possibilidade de conhecer os seus costumes e estilos de vida. Quando se estabelece uma boa relação entre o profissional e a pessoa idosa, estes conhecimentos poderão ser de superior interesse ao nível da intervenção a executar. O conhecimento da História de Vida (HV) vai-nos potenciar o indispensável, ou seja, que cada pessoa seja apreciada na sua unicidade. Atender uma pessoa sem conhecer a sua HV não terá significado. Só a atenção com empatia e mediante o conhecimento da HV permitirão uma aproximação pessoa / profissional (Llunas, 2003, p.24).

A HV permite-nos reconhecer o testemunho directo dos entrevistados; captar o objecto de estudo como uma realidade cambiante; reconhecer a visão pessoal e subjectiva dos informantes sobre o fenómeno que é objecto de estudo e as suas relações com este; obter a trajectória vital ou experiência biográfica do entrevistado de forma exaustiva; mostrar universos particulares e obter um nível de profundidade e detalhe dificilmente conseguível com outras técnicas. A

metodologia da HV é constituída por quatro etapas consecutivas e diferenciadas: **questionário; análise; compreensão** da HV e **intervenção**.



Fonte: Nadal e Lluna (2003, p. 30). *Una nueva vision del trabajo psicosocial en el ámbito asistencial*.

A intervenção social pode revestir-se de uma grande complexidade, atendendo à complexidade dos fenómenos sobre os quais actua. Neste sentido, torna-se necessário um trabalho de planificação e programação, daí a utilidade da HV. Esta metodologia permite-nos constatar as capacidades de adaptação e relacionamento, assim como os elementos de que dispõe para um estado óptimo, para que se possa realizar uma intervenção adequada que melhore a qualidade de vida. Para que sejam seleccionadas as estratégias mais idóneas para cada pessoa é necessário identificar a estrutura do pensamento e o sentimento da HV.

As intervenções devem ser alvo de constantes avaliações para que seja perceptível a sua eficiência em cada caso. A utilização de uma estratégia não deve excluir a utilização simultânea ou sucessiva de outras, muito pelo contrário, estas poderão ser complementares entre si possibilitando uma maior eficácia. Leptihn (2007), sugere-nos seis estratégias de intervenção: 1. Utilizar o presente como força de

pequenas melhoras; 2. Relação entre a recordação sensorial e a emoção; 3. Transformar a linguagem reactiva em pró-activa; 4. Potenciar as intervenções indirectas; 5. Acompanhar a gestão de perdas e de mudanças; 6. Finalizar as intervenções realçando aspectos agradáveis.

Devemos partir sempre do pressuposto de que todas as pessoas têm recursos, capacidade de mudança e de solução. Devemos considerar sempre aquilo que a pessoa pretende alcançar, partindo da sua situação actual. Kern (2005), afirma que “a pessoa é a especialista”, mas têm que ser introduzidas pequenas alterações, uma vez que, por vezes, a pessoa “não sabe que sabe” ou não se lembra daquilo que é capaz de fazer, portanto há que partir das lembranças das suas pequenas mudanças satisfatórias. Na vida as mudanças são inevitáveis e constantes. As pequenas alterações podem ser poderosas, se conseguirmos otimizar a capacidade criativa, facilitando uma atitude pró-activa de progressiva tolerância. O trabalhador social, aquando da intervenção, deve facilitar a expressão emocional e legitimá-la. Estes profissionais devem também ajudar as pessoas na consolidação da esperança num presente e futuro melhores; utilizar sempre uma linguagem clara e redefinirem, sempre que necessário, as situações transformando-as em pró-activas.

Como anteriormente referimos, a partir da realização das HV podemos obter o reconhecimento das suas recordações agradáveis e optimizá-las posteriormente. De acordo com este horizonte, Leptihn (2007) sugere a criação de uma ficha biográfica, onde constem hábitos, hobbies, interesses especiais ou temáticas favoritas. O autor relembra que o homem é um “animal de hábitos” (*Der mensch ist ein gewohnheitier*). Logicamente, quanto mais avançado o indivíduo estiver na idade, mais enraizados estarão os seus hábitos e mais negativamente serão encaradas todas e quaisquer alterações nas suas rotinas diárias.

Estes dados permitirão uma mais eficaz intervenção propiciando um acompanhamento mais completo, englobando o campo físico e mental. A criação de um bom ambiente, alicerçado em laços de confiança mútua, aumenta o volume de informações captáveis, relativas à HV do idoso. Quando a intervenção visa

idosos institucionalizados, os profissionais devem dispensar especial atenção ao ambiente / contexto em que os idosos serão enquadrados (muita luz, cores claras, espaços que facilitem a mobilidade, locais comuns que permitam o convívio, adequação do quarto à pessoa). Igualmente importante é que seja permitido ao idoso a colocação de alguns objectos pessoais no seu novo espaço (fotos pessoais, um móvel, recordações de férias, presentes de amigos, entre outros elementos). Também nos parece consensual que a utilização de fotografias e objectos pessoais ajudam ao autoconhecimento, evocam emoções que configuram os sentidos das suas vidas, evitando a despersonalização vivida por alguns idosos.

Quando as medidas de intervenção têm um enfoque na família devemos considerar sempre que estas são constituídas por pessoas responsáveis, dignas de respeito, que merecem que as suas opiniões e decisões sejam sempre consideradas, por muito confusas e deterioradas que nos possam parecer. Beyebach (2003), considera necessárias diversas modalidades de intervenção ao nível da família: consultas que abordem os conflitos entre os familiares e os profissionais; a celebração de sessões de terapia familiar e o incremento de trabalhos em formatos multifamiliares. Os programas que podem ser colocados em prática com os familiares, com a finalidade de prevenir os maus tratos em âmbito doméstico, são diversos. Os seus objectivos são intervir sobre os diferentes factores de risco inscritos no contexto familiar, pelo que são destinados principalmente à redução do stress dos cuidadores e à promoção do cuidado do cuidador, a formação destes no domínio de comportamentos problemáticos ou ainda a intervenção clínica com os cuidadores que se encontrem em situações de alto risco para a produção de maus tratos.

Consideramos que o trabalho com famílias deve ser executado, tendo por base um processo de criação e de manutenção de um contexto de colaboração, no qual a nossa responsabilidade, enquanto profissionais, é criar as condições para que esta colaboração seja possível, para que nós, as pessoas idosas e as suas famílias “estejamos no mesmo barco”. Tal como em qualquer actividade em que haja intercâmbio/contacto entre diferentes sujeitos, o seu trabalho ficar-se-á em grande parte, a dever ao fruto da interacção estabelecida. Os técnicos desempenham um importante papel na criação e manutenção das mudanças operadas na família,

assumindo uma responsabilidade pessoal e uma oportunidade única para fazer uma diferença positiva em cada família com quem trabalha. Devem ser trabalhados activamente vários aspectos: clarificação dos objectivos de todos os actores envolvidos; estar atento aos objectivos do idoso e dos seus familiares (esforço constante *de “escuta activa”*); ter um conhecimento profundo da dinâmica familiar geral associada às situações de velhice, doença crónica e morte; transparência em toda a informação com a família e com a pessoa idosa e fazer um uso cuidado da linguagem, respeitando sempre a postura dos idosos e seus familiares.

O trabalho com as famílias centrará os seus esforços no sentido de potenciar a autonomia e a competência pessoal do idoso. Deve ser valorizado e estimulado um posicionamento pessoal activo e responsável, por parte dos idosos, evitando-se que estes se transformem em meros interlocutores passivos de um serviço. Eles devem ser sempre actores que participam activamente em todo o processo de intervenção.

O paternalismo e a protecção das pessoas idosas tornam-se contraproducentes, uma vez que acabam por atentar contra a dignidade da pessoa e porque directa ou indirectamente transmitem a ideia de que o idoso não pode cuidar dele próprio. Se esta aura protectora é projectada na família, poderá passar a ideia de que esta não é capaz de cuidar do familiar idoso. Estas atitudes levam ao incremento da dependência do idoso e da respectiva família. Há várias estratégias práticas que concorrem para a minimização dos riscos elencados. Como já assinalámos anteriormente, é muito importante preservar o direito das pessoas idosas e seus familiares poderem exercer as suas responsabilidades e tomarem decisões. Em situações de institucionalização tudo deve ser feito para que se mantenha a vinculação do idoso à sua família. Todos os membros da família devem ser estimulados para participarem na planificação e implementação dos cuidados do idoso. Partindo do princípio, segundo o qual todas as famílias possuem competências, urge identificar e realçar os recursos destas e os seus aspectos positivos. Mais do que ensinar a família, o profissional deve descodificar o que é bem feito e procurar promover que seja realizado ainda melhor e mais vezes. Morán (2004), refere-se várias vezes que no trabalho a desenvolver com os idosos e seus familiares deve

ser adoptada uma “filosofia de pequenos passos”. Assim, devemos estabelecer metas acessíveis e identificar sempre os pequenos avanços, os quais poderão contribuir para uma clara melhoria da situação vivenciada.

Abordando agora o eixo grupal / comunitário, apraz-nos sublinhar as directivas plasmadas pela OMS no documento *Envelhecimento Activo*, datado de 2002, que propõe a introdução de um novo paradigma que considere as pessoas idosas participantes activas numa sociedade que integra o envelhecimento e que considera as ditas pessoa contribuintes activos e beneficiários do desenvolvimento. Os diversos profissionais têm a obrigação de contribuírem para um maior impulso do paradigma apresentado pela OMS. As esferas da vida em que os seres humanos constroem e expressam as suas imagens, acerca do envelhecimento, são variadíssimas. Assim, pensamos que são várias as estruturas susceptíveis de desenvolverem iniciativas que nos coloquem no trilho indicado pela OMS. Este percursos só será exequível, caso as pessoas, os grupos e as instituições, que integram a comunidade, ao invés de olharem o envelhecimento apenas a partir da sua experiência própria, consigam ampliar a sua perspectiva e aproximarem-se do envelhecimento de uma forma mais global, mais completa (Salanova, 2003, p.247).

Os projectos comunitários têm que ser idealizados e projectados, tendo em conta as peculiaridades de cada comunidade e basear-se-ão sempre numa lógica de cooperação. Num enfoque comunitário, o conjunto dos serviços são percebidos e visualizados como recursos da comunidade. Nesta concepção, os distintos recursos, mais do que oferecer serviços a pessoas e grupos concretos, podem promover e realizar outras actividades. Esta perspectiva ajudará a superar a imagem de instituições fechadas, desvinculadas do seu contexto geográfico e social. Paralelamente, estas instituições podem ser percebidas, por parte das diferentes gerações, como uma opção adequada às necessidades e capacidades de algumas pessoas idosas. Deste modo reduzem-se as imagens estereotipadas, tanto acerca dos idosos como das referidas instituições, contribuindo para uma compreensão mais ajustada do envelhecimento. O desenvolvimento de um enfoque comunitário requer abertura e introduz novos horizontes. Para que tal enfoque se

concretize exige-se a realização de um trabalho em parceria e de ligação com outros recursos da comunidade. Os projectos desenvolvidos em parceria reforçam o trabalho em rede e a coesão comunitária. Há autores, como Leptihn, que sugerem a promoção daquilo a que designam “Dia das Portas Abertas”, fomentando o contacto dos idosos institucionalizados com a comunidade envolvente, através de palestras, festas, exposições.

A intervenção, ao nível comunitário, deve basear-se num trabalho com a comunidade e não para a comunidade. Do ponto de vista do Trabalho Social, considera-se que a participação é um factor importante e básico. O grande mérito dos trabalhadores sociais será proporcional à capacidade mobilizadora para despertar as capacidades, de cada indivíduo e de cada grupo, para a participação nas intervenções que visam a mudança e a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A participação da comunidade pode adquirir várias formas: voluntariado, associativismo, grupos de ajuda, entre outros. As actividades empreendidas na intervenção, subjacentes às técnicas participativas, visam a promoção da integração social dos idosos com carências de autonomia pessoal.

As necessidades dos idosos aumentam a cada dia, não estando os recursos disponíveis a desenvolverem-se proporcionalmente. Têm vindo a surgir algumas respostas inovadoras, mas que se revelam bastante insuficientes. Há, no nosso país, graves lacunas ao nível das respostas sociais a dar a um grupo populacional que ocupa gradualmente uma fatia maior na pirâmide de idades que tendencialmente se vem invertendo. O Trabalho Social poderá desenvolver um papel de charneira na idealização, planificação e concretização de projectos de intervenção que ajudem estes cidadãos a construir projectos de vida estimulantes, dignos e enriquecedores para os idosos e também para a comunidade em que se encontram inseridos.

4.1. Enquadramento legal

O estatuto social do idoso está fragilizado e os estigmas sobre a velhice ameaçam transformar o idoso num ser descartável. O próprio idoso, por pressão do estigma, sente-se muitas vezes ultrapassado, acha que já teve a sua época e que agora não serve para mais nada. A negação social do direito à existência é uma das mais graves formas de violência e é perpetrada pelo próprio idoso em relação a si mesmo e pela sociedade.

Importa, pois, saber que direitos lhe estão garantidos pela lei e que medidas jurídicas e para-jurídicas têm sido implementadas. Em Portugal, não existe uma lei geral de protecção às Pessoas Idosas como existe, por exemplo, para os menores. O Cidadão Idoso é visto como um adulto, com plena capacidade de exercício e como tal sujeito de direitos e deveres.

Existe sim, uma preocupação especial com as Pessoas Idosas, dispersa por alguns ramos do Direito. Seguidamente, faremos uma referência aos princípios e normas legais aplicáveis:

Constituição da República Portuguesa:

Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais [Parte 1, Título 1, Título II, Capítulo 1 (Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais)]: art.º 13.º - Princípio da Igualdade; art.º 24.º Direito à Vida -; art.º 25.º - Direito à Integridade Pessoal -; art.º 26.º - Outros direitos pessoais. art.º 18.º - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias.

Artigo 26.º - Outros direitos pessoais

- 1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.*
- 2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.*
- 3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.*
- 4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.*

Artigo 18 - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias.

- 1. Os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas.*

Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso

2. *A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.*
3. *As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstracto e não podem ter efeito retroactivo nem diminuir a extensão e alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais.*

Código Civil **Responsabilidade Civil**

Artigo 483.º (Princípio geral)

1. *Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.*
2. *Só existe obrigação de indemnizar independentemente de culpa nos casos especificados na lei.*

Código Penal

Daremos especial atenção ao artigo 152.º que tipifica o crime de maus tratos no Código Penal:

Artigo 152.º:

Maus Tratos e infracção de regras de segurança

1. Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação, ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:

- a) *Lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente;*
- b) *A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou*
- c) *A sobrecarregar com trabalhos excessivos;*

é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se o facto não for punível pelo artigo 144.º.

2. A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus tratos físicos ou psíquicos.

3. A mesma pena é também aplicável a quem infligir a progenitor de descendente comum em 1.º grau maus tratos físicos ou psíquicos.

4. A mesma pena é aplicável a quem, não observando disposições legais ou regulamentares, sujeitar trabalhador a perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou a saúde.

5. Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:

- a) *Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos;*
- b) *A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.*

1. Nos casos de maus tratos previstos nos n.ºs 2 e 3 do presente artigo, ao arguido pode ser aplicada a pena acessória de proibição de contacto com a vítima, incluindo o afastamento desta, pelo período máximo de dois anos.

Para que se inicie o **procedimento criminal pelo crime de maus tratos** do art.º 152.º do *Código Penal* não é necessária queixa do ofendido. O *Ministério Público* tem legitimidade para iniciar esse procedimento, bastando para isso que tenha conhecimento da situação de maus tratos.

Qualquer pessoa pode participar junto da polícia ou do *Ministério Público*

situações de maus tratos de que tenha conhecimento. A participação é obrigatória para os funcionários das instituições que prestem serviços à população idosa (com o sentido do art.º 386.º do Código Penal) quanto aos crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

Nos crimes sexuais de que sejam vítimas as pessoas idosas, o procedimento criminal depende em regra de queixa do ofendido (*cf.* art.ºs 163.º, 164.º, **165.º**, **167.º**, 171.º e do Código Penal).

Alguns desses crimes são porém públicos, pelo que o procedimento criminal não depende de queixa. (*cf.* art.ºs 166.º, 169.º, 170.º e 178.º, n.ºi, al. b) do Código Penal.

Deve estar bem presente, na mente de todos os cidadãos, que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

A política de terceira idade, ainda que recente e pouco profícua, engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

Um contributo assinalável é prestado pelo sistema de *Solidariedade e Segurança Social*. As suas estratégias de acção, tendo no horizonte o apoio social a prestar a todos os cidadãos, manifestam alguma preocupação com a população idosa. Preocupação essa que se encontra plasmada nas seguintes medidas:

- A possibilidade de os Idosos que não efectuaram descontos e que não auferiram rendimentos de outra natureza terem direito a uma pensão – **Pensão Social**.
- A garantia aos pensionistas de invalidez e velhice do regime geral de um valor mínimo da pensão – **Pensão Mínima**.
- A possibilidade de em situação de dependência ser requerida uma prestação em adição à pensão – **Complemento de Dependência**.
- O processo de comparticipação para o lar.

Na área da saúde, existem também alguns apoios específicos para esta camada populacional: têm vindo a ser implementadas algumas Ajudas Técnicas; é dado algum, ainda que escasso, apoio económico para despesas com medicamentos fraldas e foi implementada a isenção do pagamento de **taxas moderadoras** no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

No âmbito do direito privado, poderemos referir algumas salvaguardas para os idosos: há a obrigação de prestação de alimentos para com ascendentes; a garantia da impossibilidade de denúncia do contrato de arrendamento quando o arrendatário ou cônjuge sobrevivente tiver 65 ou mais anos e o suprimento da incapacidade, através da acção de interdição ou inabilitação.

Mesmo tendo sido satisfatoriamente implementada a generalização do sistema de pensões português no que diz respeito à sua extensão, uma franja significativa dos pensionistas idosos têm ainda rendimentos próximos ou inferiores aos limiares de pobreza. A pobreza no nosso país continua a ser preocupante, diríamos mesmo alarmante: de acordo com alguns dados estatísticos, 21% da população (20% para os homens e 22% para as mulheres) vivia ainda abaixo do limiar do risco de pobreza monetária em 2004 (face a 17% na UE25). Por outro lado, a análise dos níveis de desigualdade revela a posição desfavorável de Portugal no contexto europeu. A população portuguesa de maiores rendimentos dispõe de um nível de rendimento 7.2 vezes superior ao da população de rendimentos mais baixos (face a 4.8 na UE).

Neste sentido, vale a pena atentar nos pressupostos, relativos ao cidadão idoso, presentes no Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI) referentes ao biénio 2006 / 2008. Na senda da Cimeira de Lisboa (Março de 2000), na qual foi assumido, pelos diversos Estados-Membros, o compromisso de produzir um impacto decisivo na erradicação da pobreza e da exclusão social, foram definidas, na Estratégia Nacional de Pensões algumas directrizes no que visam: reforçar os recursos destinados a reduzir os níveis e a severidade da pobreza dos idosos; promover a convergência progressiva dos vários subsistemas de segurança social, garantindo uma maior equidade e sustentabilidade económico, social e financeira da protecção social; reformar o sistema de pensões, garantindo a sua adaptação ao

envelhecimento e garantir níveis adequados de protecção na velhice pelo duplo caminho de incentivar o envelhecimento activo e incentivar a poupança individual complementar.

No que concerne à Estratégia do Governo, há intenção de reforçar os recursos destinados a reduzir os níveis e a severidade de pobreza dos idosos, através de medidas que visam garantir que as pensões sejam no futuro actualizadas em função de um indexante social por referência ao crescimento da riqueza nacional e da inflação, que permita a reposição ou mesmo a melhoria do poder de compra das pensões mais baixas e actualizações sustentáveis das restantes pensões e foi criado o Complemento Solidário para Idosos que garante um rendimento mínimo anual por referência a um limiar de pobreza.

O *PNAI* contempla também algumas medidas a adoptar no que concerne ao desejado envelhecimento activo, a saber: será revista a bonificação concedida à permanência no mercado de trabalho, após reunidas as condições para acesso à reforma e serão mais penalizadas as reformas antecipadas e será proibida a acumulação da pensão antecipada com a continuação imediata de trabalho na mesma empresa ou grupo onde o pensionista desenvolvia a actividade profissional.

Em situações de discriminação ou violação dos seus direitos, os idosos dispõem de alguns instrumentos de apoio, dos quais destacamos a Linha do Cidadão Idoso da Provedoria da Justiça e o Provedor de Justiça. A Linha do Cidadão Idoso (LCI) visa informar e encaminhar os Cidadãos Idosos, sobre um conjunto de direitos e benefícios que lhes assistem nas mais variadas áreas, tais como: segurança social, pensões, serviços, equipamentos, saúde e direitos. A LCI pretende divulgar junto das pessoas idosas informação sobre os seus direitos e benefícios na área da saúde, segurança social, habitação, obrigações familiares, acção social, equipamentos e serviços, lazer, entre outras, de forma a contribuir para uma participação mais activa dos idosos na vida da sociedade, habilitando-os para um melhor exercício dos seus direitos. Propõe-se igualmente garantir um atendimento personalizado, contribuir para a acessibilidade da informação e para a autonomia pessoal do idoso (*CRP*, art.º 72).

Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus tratos ao idoso

A linha telefónica gratuita de apoio aos cidadãos idosos foi criada pelo Provedor de Justiça, após a Assembleia Geral das Nações Unidas ter proclamado o ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, sob o lema «Por uma sociedade para todas as idades».

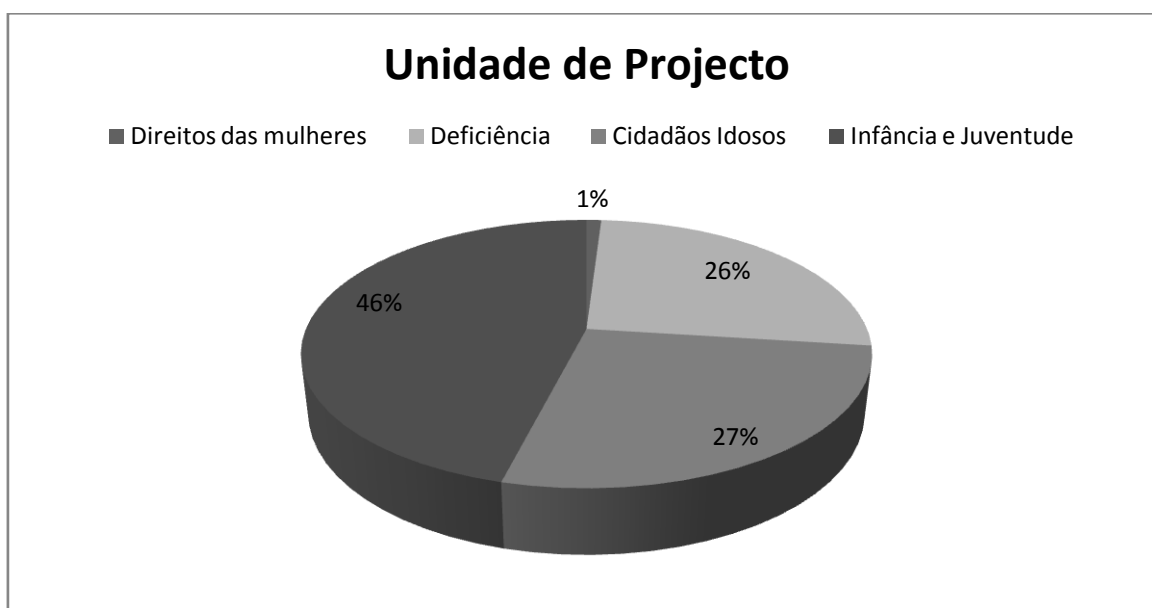
De acordo com os dados do Relatório à Assembleia da República – 2006, enviado pelo Provedor de Justiça – Nascimento Rodrigues -, compilados pela Unidade de Projecto¹⁴, verificou-se que durante o ano de 2006 foram distribuídos 138 novos processos o que corresponde a um acréscimo superior a 60% relativamente às 86 queixas que haviam sido recebidas em 2005., por outro lado, foram concluídos 131 processos, um número que representa um aumento de 133%, em comparação com o ano anterior. Em termos de distribuição dos diferentes grupos de matérias englobadas, na Unidade de Projecto, verifica-se que os assuntos das pessoas idosas representam 27,1% (38 queixas).

Direitos dos Cidadãos Idosos		
Mobilidade	Individual (via Pública)	–
	Assistida (Via Pública)	–
	Transportes Públicos	–
Maus tratos	Negligência de cuidados	4,2%
	Abandono	2,1%
	Físicos	2,1%
	Psicológicos	0,7%
Violência	Doméstica	–
	Via pública	–
Segurança	Doméstica	–
Tempos livres	Individuais	–
	Comunitários	–
	Familiares	–
Saúde	Acesso	0,7%
	Facilidades	–

¹⁴ Sector da Assessoria especialmente vocacionado para instruir os processos relativos aos direitos das crianças e jovens, dos cidadãos idosos, das pessoas com deficiência e aos direitos das mulheres, tendo agregados também os serviços de atendimento telefónico ao Provedor de Justiça (a Linha Verde Recados da Criança e a Linha do Cidadão Idosos).

Valências sociais	Lares de Idosos	15%
	Telealarme	–
	Apoio domiciliário	0,7%
	Agente 65	–
Outras		1,4%

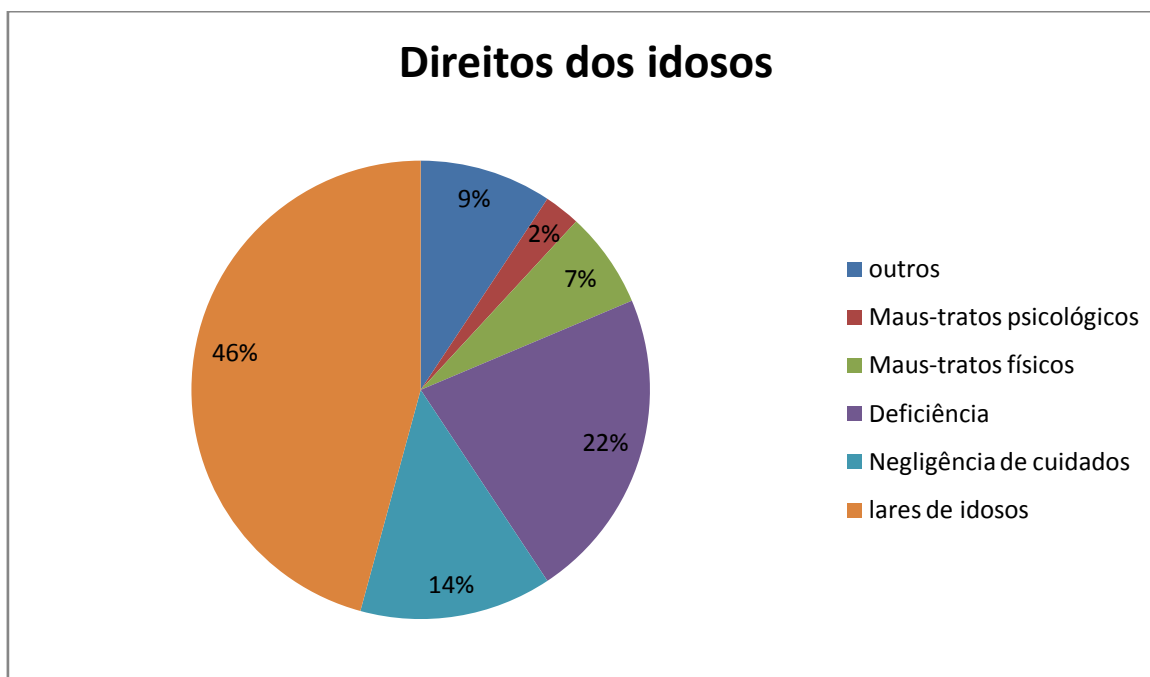
Fonte: Provedor de Justiça, *Relatório à Assembleia da República*, 2006.



Fonte: Provedor de Justiça, *Relatório à Assembleia da República*, 2006.

Relativamente às queixas sobre os direitos dos cidadãos idosos, os autores do Relatório à Assembleia (2007) identificaram quatro subdivisões principais (mobilidade, maus tratos, valências sociais e saúde), destacando-se neste grupo, exactamente como em 2005, a fatia que resulta das queixas relativas ao funcionamento de *lares de idosos*. Referem também que computados os números, totais do sector de da Assessoria em análise, aquela mesma subcategoria agregou 15% de todos os processos, mesmo assim em menor percentagem do que os 21% do ano anterior. Destacam ainda, o facto de aproximadamente 9% das reclamações entradas na Unidade de Projecto dizerem respeito a maus tratos a idosos (desagregados os números, temos que 4,2% das situações referiam-se a negligencia

de cuidados; 2,1% a abandono e, também em igual percentagem, a maus tratos físicos. No que concerne a maus tratos psicológicos, a cifra fica-se pelos 0,7%.



Fonte: Provedor de Justiça, *Relatório à Assembleia da República*, 2007.

Quanto ao Provedor de Justiça, é um órgão designado pela Assembleia da República, que tem como função resolver os conflitos que oponham os cidadãos aos poderes públicos. As funções do Provedor de justiça ficam claras com a leitura do artigo 23º da Constituição da República:

1. Os Cidadãos podem apresentar queixas por actos ou omissões dos poderes públicos ao Provedor de Justiça, que as apreciará sem poder decisório, dirigindo aos órgãos competentes as recomendações necessárias para prevenir e reparar injustiças.
2. A actividade do Provedor de Justiça é independente dos meios gratuitos e contenciosos previstos na Constituição e nas Leis.
3. O Provedor de Justiça é um órgão independente sendo o seu titular designado pela Assembleia da República.
4. Os órgãos e agentes da Administração Pública cooperam com o Provedor de Justiça na realização da sua missão.

4.2. Os maus tratos a pessoas idosas: uma questão de direitos humanos

“A globalização, tal como a conhecemos, é um fenómeno inelutável no estágio do desenvolvimento humano e civilizacional em que nos encontramos. Não a podemos anular ou ignorar. Mas podemos, talvez, impor-lhe regras éticas, como protagonizou a ex-Alta Comissária para os Direitos Humanos, Mary Robinson.” (Soares, 2003, p.9 cit. in Provedor de Justiça, *Democracia e direitos Humanos no século XXI*).

Tendo em consideração a perspectiva, acima referida, o Dr. Mário Soares considera que a imposição das regras éticas, essenciais para a obtenção de um desenvolvimento humano e civilizacional mais equitativo, só será possível através da pressão da opinião pública mundial – a chamada cidadania global – e dos meios jurídicos internacionais. Só assim se conseguirá alterar substancialmente o comportamento e a acção das instâncias financeiras internacionais (B.M., F.M.I. e O.M.C.) para que se possam implementar as regras éticas, em concordância com os princípios que fundamentam a própria Carta das Nações Unidas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece direitos básicos de todos os seres humanos na esfera civil, política, social, económica e cultural. Este documento fundamental estabelece a base moral para uma ampla variedade de leis internacionais. Assim, A *Declaração Universal dos Direitos Humanos* afirma os direitos invioláveis e inalienáveis de todos os seres humanos, documentados nos **artigos 3.º e 5.º** (direito à liberdade, direito a uma igual protecção perante a lei, o direito a não ser arbitrariamente detido, direito a não ser submetido a tratamentos desumanos e degradantes). A violação destes direitos deve ser sempre encarada como uma grave violação que devem ser considerados atentatórios contra os fundamentos da dignidade humana.

Todavia, os cidadãos idosos continuam a ser vítimas de uma conjugação de consequências resultantes da indiferença colectiva, de uma falta de vontade política e de uma ideologia neo-liberal que conduzem à incapacidade de propor, a todos aqueles a quem faltam os mínimos necessários para uma boa qualidade de vida, alternativas de apoio.

Ao contrário do que já conquistaram as crianças e as mulheres, no caso das pessoas idosas ainda não existe uma Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa Idosa. No entanto, face ao aumento da participação desta população, amplia-se a afirmação dos seus direitos, ao mesmo tempo que se consolidam mecanismos para coibir as violações destes mesmos direitos.

Esta situação obrigou a repensar políticas e estratégias de actuação, que vão para além da mera garantia da qualidade de vida dos idosos, passando por medidas sociais, económicas, jurídicas e de protecção. Não basta declarar a existência do direitos genéricos de todos os cidadãos, urge incrementar o reconhecimento explícito dos direitos específicos das pessoas idosas. Neste sentido, têm-se promovido algumas medidas, de âmbito internacional, para auxiliar as pessoas mais idosas.

Antes de 1977, a questão do idoso não era abordada pela Assembleia Geral nem pelas agências especializadas da Organização das Nações Unidas. O tema era referido de maneira marginal na *Organização Internacional do Trabalho (OIT)*, na *Organização Mundial da Saúde (OMS)* e na *Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura da ONU (UNESCO)*, como parte de suas actividades especializadas, sem, contudo, ocupar em qualquer desses foros um lugar central. Foi naquele ano que o *Conselho Económico e Social (ECOSOC)* adoptou a resolução 32/132, pela qual convidava os Estados Membros a examinar a conveniência de se convocar uma Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Um ano mais tarde, a Assembleia Geral da ONU, na sua 33ª Sessão, adoptou a resolução 33/52, pela qual decidiu convocar uma *Assembleia Mundial* de forma a servir de fórum para a consideração do tema do envelhecimento e para elaborar um plano de acção internacional com o objectivo de garantir a segurança económica e social do idoso, bem como a identificação de oportunidades que contribuiriam para o desenvolvimento nacional.

O tema do envelhecimento adquiriu importância crescente a partir do momento em que se percebeu, pelas projecções das estatísticas, que em cinquenta anos o número de idosos superaria a marca do bilião, sendo que três quartas partes daquele total

pertenceriam a países em vias de desenvolvimento. Assim, realizou-se em Viena, em **1982**, a *I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, tendo sido aprovado o Plano Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Este documento já indicava, em algumas das suas recomendações, para a necessidade dos países estarem atentos às questões da violência contra as pessoas idosas. Constituído por 62 recomendações, este plano tornou-se a base internacional para as políticas relativas à pessoa idosa.

Em **1991**, a Assembleia Geral da ONU aprovou os princípios em prol das Pessoas Idosas. Estes princípios estão divididos em cinco secções:

Independência - que inclui o acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário e aos cuidados de saúde adequados. Direitos básicos a que se acrescentam a oportunidade de um trabalho remunerado e o acesso à educação e à formação.

Participação - entende-se que as pessoas idosas deveriam participar activamente na formulação e aplicação das políticas que afectem directamente o seu bem-estar e poder partilhar os seus conhecimentos e capacidades com as gerações mais novas, bem como poder formar movimentos ou associações.

Cuidados - A secção intitulada cuidados afirma que as pessoas idosas deveriam poder beneficiar-se dos cuidados da família, ter acesso aos serviços de saúde e gozar os seus direitos humanos e liberdades fundamentais, quando residam em lares ou instituições onde lhes prestem cuidados ou tratamento.

Auto-realização - No que se refere à **auto-realização**, os "Princípios" afirmam que as pessoas de idade deveriam poder aproveitar as oportunidades de desenvolver plenamente o seu potencial, mediante o acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.

Dignidade - Por fim, a secção intitulada **Dignidade** afirma que as pessoas de idade deveriam poder viver com dignidade e segurança, e libertas da exploração e maus

tratos físicos ou mentais, ser tratadas dignamente, independentemente da idade, sexo, raça ou origem étnica, deficiência, situação económica ou qualquer outra condição, e ser valorizadas independentemente da sua contribuição económica.

Estes princípios tornam específica para este grupo de população a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Em 1999 a ONU dedica-se especialmente às pessoas idosas, abordando a temática “*Uma Sociedade para todas as idades*”. Esta temática, além de sugerir a inserção deste grupo populacional nas estruturas sociais, paralelamente dá resposta às inquietações, por vezes um pouco apocalípticas, de alguns académicos que previam a possibilidade de conflitos, entre gerações distintas, tendo como pano de fundo a escassez de recursos públicos. De Rosnay *et al.* (2006), por exemplo, afirmavam o seguinte: “Por ter antecipado de mais a idade da reforma, a França comprometeu o futuro. Atenção, é grave a crise anunciada: a bomba Longevidade vai explodir...”. Os autores citam o demógrafo Alfred Sauvy que já há alguns anos dizia: “Os nossos filhos são a nossa reforma!”. Seguindo esta linha de pensamento, consideram que a equação se torna insolúvel. Caso não surja rapidamente uma solução, então haverá conflito: “Caminhamos rumo a uma guerra de gerações”, uma vez que “É evidente que o choque de interesses entre as gerações activas e as gerações reformadas é inevitável”.

Em 2002 realizou-se a *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, tendo ficado definidas as directrizes que orientarão as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI. A OIT apresentou neste encontro um documento que indicava claramente o rápido crescimento da população acima dos 60 anos e identificava a pobreza e a exclusão como obstáculos primordiais para aceder a uma velhice digna.

As propostas resultantes desta reunião baseiam-se numa nova ideia de velhice, construída em torno do conceito de *envelhecimento produtivo*. A estratégia internacional, para enfrentar os desafios do aumento quantitativo das pessoas com mais de 60 anos de idade, centra-se em viabilizar a inclusão social deste grupo de população. Nesta linha de pensamento, o Plano de Acção Internacional prevê a

capacitação destas pessoas para que “actuem plena e eficazmente na vida económica, política e social, inclusive, mediante o trabalho remunerado ou voluntário” (ONU, 2002). Este conceito representa uma grande alteração em relação à imagem que anteriormente caracterizava a velhice. A condição de idoso deixa de ser sinónimo de incapacidade e de exclusão para assumir um novo conceito de total inserção social. Desta assembleia resulta o incremento do conceito de *Envelhecimento Activo*. O conceito de envelhecimento activo, embora reforce a ideia da criação de oportunidades de emprego, não pode ser cingido a este aspecto. No entanto, a tendência dominante, com raízes na política de redução do Estado, é a de induzir uma nova imagem de velhice associada à produtividade. Neste sentido, as directrizes internacionais que propõem a igualdade de direitos, entre as diversas gerações, e reconhecem as dificuldades específicas deste grupo social parecem ser distorcidas, isto é, estas novas directrizes devem ser observadas criticamente, de forma a não seguirem a tendência de homogeneizar as pessoas idosas. Deve ser evitada a adopção de uma concepção acerca da velhice que se baseie no estereótipo de improdutividade ou doença e implementar uma perspectiva oposta, sustentada no sinónimo de vitalidade e saúde.

Em síntese, os direitos das pessoas idosas são todos e cada um dos direitos humanos, mas, entre estes, há que garantir com uma especial intensidade protectora, o direito à saúde, o direito à igualdade, o direito à intimidade, o direito a uma vida digna - no que diz respeito aos ao aspecto económico, educativo e cultural - o direito a morrer dignamente e o direito à segurança pessoal face aos possíveis maus tratos. Como sabemos, os direitos que acabámos de enumerar nem sempre são respeitados, pois a realidade nem sempre se aproxima do idílico. Os sonhos desejáveis transformam-se, mais vezes do que as desejáveis, em violações e omissões dos direitos indicados. Facilmente se constata que a pessoa idosa se transforma numa vítima propícia aos comportamentos inadequados relativamente aos cuidados mais primários de atenção, cuidado e protecção. As formas de ataque a que estão sujeitas estas pessoas são variadas, desde as mais levianas até às que são passíveis de acção penal.

As palavras de Robert Cario (2005) são bastante elucidativas e servem, poder-se-á afirmar, de diagnóstico de situação:

“Resta ainda um grande caminho para percorrer, tanto no que se refere ao aumento significativo dos meios económicos, como a formação dos intervenientes e, ainda mais, no que se refere à evolução das mentalidades para que os seniores continuem a desfrutar de todos os seus direitos e atributos, inalienáveis e sagrados, associados à pessoa humana, já que a velhice não deve ser nem um naufrágio, nem uma travessia no deserto, para recordar expressões dramaticamente célebres¹⁵”.

Nesta linha de pensamento encontra-se também a Declaração de Toronto Para a Prevenção Global de Maltrato das Pessoas Idosas, organizada e plasmada numa reunião de especialistas, patrocinada pelo governo de Ontário, em Toronto, em 17 de Novembro de 2002:

“O trabalho desenvolvido pela Rede Internacional de Prevenção do Abuso e Mau-trato das Pessoas Idosas (INPEA¹⁶) e a ênfase colocada pela Organização Mundial da Saúde na prevenção do mau-trato das pessoas idosas, contribuíram de forma significativa para a tomada de consciência a nível mundial. Instituições académicas, a nível internacional, também têm vindo a contribuir de forma substancial para o aumento do conhecimento e da consciencialização.”

O *Plano Internacional de Acção das Nações Unidas*, adoptado em Madrid, em Abril de 2002, reconheceu claramente a importância da temática do mau-trato das pessoas idosas e colocou esta questão no contexto dos Direitos Humanos Universais. A prevenção dos maus tratos das pessoas idosas num mundo que envelhece rapidamente diz respeito a todos nós, pelo que devemos participar activamente na defesa e promoção da dignidade das pessoas em idade mais avançada. A mencionada *Declaração de Toronto* identificou alguns pontos cruciais no que concerne à prevenção dos maus tratos:

¹⁵ Cf. E.G. Krug *et al.* (Dir.) (2002, pp. 139-162); www.inpea.net (Consultado em 05/11/2006).

- Faltam marcos legais. Quando se identificam casos de maus tratos a idosos, frequentemente não se podem abordar por falta de instrumentos legais apropriados para dar resposta a essas situações.
- A prevenção do mau-trato das pessoas idosas requer a participação de múltiplos sectores da sociedade.
- Os trabalhadores da saúde de atenção primária têm um papel particularmente importante, uma vez que observam casos de mau-trato d idosos quotidianamente – ainda que com frequência não os diagnostiquem como tal.
- É vital a educação e disseminação da informação – tanto no sector formal (educação a profissionais) como através dos meios de comunicação (combater o estigma, abordar os tabus, e ajudar a eliminar os estereótipos negativos sobre a velhice).
- O mau-trato a pessoas idosas é um problema universal. As investigações realizadas, até agora, demonstram a sua prevalência, tanto no mundo desenvolvido como nos países em desenvolvimento. Em ambos, o agressor só é conhecido pela vítima, sendo dentro do contexto familiar e/ou dentro da “unidade de onde provêm os cuidados”, que ocorrem a maioria dos casos de mau-trato.
- É fundamental uma perspectiva cultural para compreender em profundidade o fenómeno do mau-trato, ou seja, o contexto cultural em qualquer comunidade particular em que ocorrem.
- É igualmente importante considerar uma perspectiva de género, já que as complexas construções sociais relacionadas ajudam a identificar o tipo de mau-trato e quem o inflige.
- Em qualquer sociedade alguns grupos da população são particularmente vulneráveis ao mau-trato e abuso – como os muito idosos, os que sofrem de incapacidades funcionais, as mulheres e os pobres.
- Em conclusão, os maus tratos à população idosa só se podem prevenir eficazmente, caso se desenvolva uma cultura que favoreça a solidariedade intergeracional e que extinga a violência.
- Não é suficiente identificar os casos de maus tratos às pessoas idosas. Todos os países devem desenvolver estruturas que permitam a provisão de serviços (sanitários, sociais, de protecção legal, policiais...) para dar resposta adequada e eventualmente prevenir o problema.

No fundo, muito fica por fazer para assegurar, de maneira preventiva, que os idosos não se sintam privados dos seus múltiplos direitos: de opinião; de decisão; ao próprio nome; ao espaço próprio; a uma boa alimentação; à privacidade; à intimidade; ao acesso aos seus pertences; à cidadania; à dignidade humana.

Envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental. Importa, então, explorar, *in concreto*, novos modelos de intervenção.

4.3. Novos modelos de intervenção

Como temos vindo a referir, ao longo da dissertação, uma das mais-valias do Trabalho Social resulta da capacidade de inovação e de adaptação de novas metodologias e estratégias de intervenção para fazer face às mais diversas solicitações que vão surgindo à medida que a sociedade evolui. Obrigatoriamente vão surgindo novos modelos de intervenção que possam dar respostas mais assertivas e céleres às dificuldades sentidas pela população.

O fenómeno do envelhecimento acentua-se a cada ano que passa, decorrente do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. Os problemas relacionados com a população idosa vão surgindo em igual proporção, ou seja, de forma crescente e contínua. Paralelamente, os casos de maus tratos também se vão acumulando no sentido ascendente.

Assim, há realmente muito a fazer, para estimular e acrescer o lugar e a contribuição dos idosos na sociedade, na família e também nas instâncias públicas e administrativas.

Para que possamos evitar actos lastimáveis de mau trato e negligência para com os nossos idosos sugerimos a adopção de dois modelos de intervenção: a Animação Sociocultural e a Mediação e Resolução de Conflitos.

4.3.1. Animação Sociocultural

A Animação Sócio Cultural não é do âmbito específico de algumas profissões, mas é um campo muito mais amplo e que na actualidade está pouco explorado pelos profissionais ligados ao trabalho social. (Gómez, 2000), diz-nos que a Animação Sócio Cultural deve ser entendida como uma tecnologia, um modelo de intervenção que tem como objectivo potenciar a participação das pessoas e grupos na sociedade, para promover a criatividade pessoal e para despertar na sociedade uma consciência crítica em relação a tudo o que nos rodeia, para que as comunidades participem no seu próprio desenvolvimento. Se tivermos em perspectiva que o Trabalho Social é a intervenção profissional no marco da política social e do bem-estar social, que pretende, através da acção social, intervir para transformar situações que geram necessidades sociais utilizando critérios de **prevenção, promoção e participação** e aplicando **estratégias metodológicas**, e se partimos do princípio de que o Trabalho Social recebe uma formação orientada para tudo isso, a possibilidade de actuar no marco da Animação Sócio Cultural está aberta e justificada por si mesma. No que diz respeito concretamente ao trabalho que pode ser feito com a população idosa, creio que ainda haverá um longo trajecto para fazer, haverá ainda todo um novo mundo por e para explorar. O Trabalho Social, num futuro que desejamos próximo, se centrar os seus projectos em modelos de intervenção mais abertos, dinâmicos e participativos poderá construir novas “pontes” e reformatar a formação especializada dos seus profissionais, tendendo estes a serem animadores e agentes que intervêm, tornando-se membros activos e recursos por si mesmos, que pretendem a mudança conjuntamente com a comunidade e desde a cooperação e implicação na melhoria social.

A finalidade de potenciar e de desenvolver as capacidades humanas de relação, de convivência e de entreaajuda tem feito acreditar, como afirma Martinez (1991) «que tudo é possível se a gente se reúne para criar projectos comuns e participativos na procura de maior qualidade de vida e de um renovado bem-estar social». Parece haver uma necessidade sentida e generalizada de vivenciar a solidariedade e o compromisso. Os animadores, tal como os trabalhadores sociais, sendo produtores de inquietude mostram-se como vitalizadores do social. Outro ponto comum que podemos encontrar entre as duas áreas refere-se ao facto da terem nascido e se

manterem em contacto íntimo com cada realidade social, o que as vincula directamente ao campo de acção. Este predomínio da prática sobre a teoria foi constante na sua génese, configuração e desenvolvimento. Com a prática, geralmente, à frente da reflexão, o posicionamento metodológico acção/reflexão/acção tornou-se predominante.

Assim, os percursos históricos, epistemológicos e funcionais conferem-lhes identidades próprias, mas similares e contíguas, cujos pressupostos teóricos se concretizam em projectos aplicáveis em qualquer campo, sem atraiçoar a filosofia e o modelo de acção em que se inspiram, pressupondo: a) uma concepção dinâmica do ser humano e do social; b) indivíduos e grupos responsabilizados e comprometidos na definição e na gestão da sua comunidade, e dos interesses e aspirações da mesma; c) uma tecnologia participativa e ajustada a cada situação. Trata-se de muito mais do que um conjunto de práticas criativas e participativas. Implica uma filosofia de vida, uma concepção de Homem e de sociedade e, ao mesmo tempo, uma forma de fazer e de viver caracterizada por um projecto de pessoa e de sociedade na qual cada indivíduo constrói o seu próprio destino no e como grupo, no contexto da sua comunidade.

As sinergias entre as várias áreas profissionais poderão catapultar os diversos profissionais para índices de eficácia mais elevados. Importa pois desencadear mecanismos que possibilitem a aquisição de competências específicas no desenvolvimento de projectos de intervenção em animação sociocultural. Uma vez mais, vincamos firmemente a utilidade e a urgência do trabalho em equipa porque como sabiamente nos indica Squire (2005). “Nenhum homem é uma ilha” e ninguém pode promover os cuidados sociais e de saúde das pessoas idosas sem um trabalho em rede que ultrapasse os limites interdisciplinares por isso há que promover um trabalho em parceria sustentado na partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros profissionais.

4.3.2. Mediação e Resolução de Conflitos

Seijo (2003) recorda-nos que “*O conflito é um facto inerente à interacção humana porque a diferença de opiniões, desejos e interesses se torna inevitável entre as pessoas.*” No entanto, os inevitáveis conflitos podem tornar-se num elemento positivo, caso estes sejam resolvidos construtivamente. Importa, de acordo com Jaca e Díaz (2005) dotarmo-nos de formas civilizadas e aceitáveis de resolução dos ditos conflitos, podendo estes transformarem-se em algo de enriquecedor. Para a concretização deste objectivo, as partes envolvidas devem munir-se de determinadas competências, entre as quais se situa a mediação. A mediação consistindo na intervenção de uma terceira pessoa especializada é um recurso recente em Portugal; no entanto, vem sendo usada com êxito, há cerca de trinta anos, nos Estados Unidos, assim como mais recentemente, no Canadá, Japão, China, e em países da Europa, África e América Latina, como sejam a Argentina e o Brasil. Este recurso é um dos procedimentos mais eficazes e construtivos de resolução de conflitos.

Podem utilizar a mediação quaisquer pessoas, individuais ou colectivas, envolvidas em conflitos ou litígios, que tenham necessidade ou desejo de os gerir, quer com intuito preventivo, quer com intuito de resolução. A mais-valia que a mediação nos pode trazer, como forma de resolução de conflitos, resulta da eficácia dos resultados, com redução do desgaste emocional. Com efeito, proporciona um ambiente mais cooperativo, facilita a comunicação e permite atender a todos os interesses e expectativas em jogo, de forma mais rápida, informal. Assim, melhora os relacionamentos e evidencia um maior compromisso das partes em cumprir um acordo construído por elas. Serrano (1996) no seu *Elogio de la Negociación* refere que a mediação é um tipo de intervenção cada vez mais utilizada na resolução de conflitos sociais. Os trabalhadores sociais lidam com conflitos continuamente, na sua linguagem quotidiana, consequência da complexidade das relações entre as pessoas. Suárez (*cit. in* Gómez, 2000), considera que pode ser levada a efeito a designada mediação familiar para solucionar construtivamente problemas intergeracionais, mais concretamente casos de mau trato. Se nos apoiarmos na resolução construtiva de conflitos, seremos mais efectivos em facilitar a tomada de responsabilidade e decisões dos envolvidos na problemática.

Os objectivos do trabalho social encaixam nos da mediação, há uma interligação que pode ser profícua. A autora destaca o facto de o código deontológico reconhecer o âmbito da mediação como uma das funções a desempenhar e reflectir a responsabilidade na utilização de conhecimentos para a resolução de conflitos, o respeito, a participação nos riscos e vantagens da nossa intervenção, a não coerção ou o menor uso de medidas legais e o dever de dar resposta às novas necessidades sociais. Esta nova área de actuação profissional, com elevada potencialidade, requer a imprescindível formação específica em mediação. Em Espanha, os avanços da investigação na área do conflito e negociação têm sido enormes, produzindo inquestionáveis bons resultados. Em Portugal começam a despontar as primeiras iniciativas, havendo já instituições universitárias a introduzirem esta área do saber nos novos planos de estudos das licenciaturas, pós-graduações, mestrados, doutoramentos e pós-doutoramentos. O sucesso dos julgados de paz reflecte de algum modo a possibilidade de resolver conflitos de forma alternativa, através da mediação, conciliação ou arbitragem (Ministério da Justiça, 2007).

A prova cabal da eficácia destas alternativas é a instalação no presente ano civil, tendo em conta os dados Conselho de Acompanhamento dos Julgados de Paz (2007), do Julgado de Paz do Agrupamento de Concelhos de Palmela e Setúbal, o Julgado de Paz de Odivelas, o Julgado de Paz do Agrupamento de Concelhos de Aljustrel, Castro Verde, Ourique, Almodôvar e Mértola e o Julgado de Paz do Agrupamento de Concelhos de Sátão, Vila Nova de Paiva, Penalva do Castelo, Aguiar da Beira e Trancoso, passando a rede nacional a ter 20 Julgados de Paz.

Numa época como a nossa, ninguém ignora que a resolução pacífica de conflitos constitui um dos grandes desafios da sociedade actual. Este pensamento faz ainda mais sentido, se consideramos que muitos dos conflitos vividos pelo idoso são desencadeados no seio da família, com especial incidência na pessoa do cuidador principal.

Considerações finais

Se a questão dos maus tratos tornou-se mais visível, como é patente neste estudo, é igualmente claro que, nas sociedades ocidentais, como a sociedade portuguesa, o idoso tem o estatuto social diminuto.

Apesar da afirmação de direitos, e a tentativa legal nacional e internacional para revalorizar este estatuto, é nítido que - no contexto português - o envelhecimento acarreta uma maior vulnerabilidade, e até um maior risco real de incidência de maus tratos, risco ligado ao grau de dependência, isolamento social e fragilidade económica.

A afirmação de direitos tem igualmente como desafio o lugar onde os abusos contra a integridade física e moral do idoso ocorrem – família, lar, espaço íntimo. Urge olhar esta problemática de frente e por detrás das “lentes” da preocupação que caracterizam o profissional do trabalho social, com a vontade de, simultaneamente, exercer um espírito de diagnóstico, avaliação e resolução de problemas.

Estas questões colocam novos desafios à intervenção social. Além disso, o problema ainda se mantém infravalorizada e até ignorada por vastas franjas da sociedade. Afirmamos, convictamente, que os maus tratos a idosos ainda podem ser considerados uma questão tabu, no seio de uma sociedade tecnologicamente avançada mas inversamente individualizada, se não desumanizada.

Frente a estes vários desafios, legais, estratégicos, sociais, a valorização do Trabalho Social nesta área dependerá, em suma, da qualidade das suas actuações, da capacidade para gerar novas respostas de carácter inovador e da capacidade de conectar com distintos grupos, de relacionar-se criativamente com diferentes tipos de empreendedores e de interagir positiva e complementarmente com outros profissionais.

Esta valorização será determinante na procura de soluções que visem aumentar a qualidade de vida duma população idosa, que não pára de crescer, sem que se

verifiquem respostas adequadas em qualidade, e em quantidade, às novas solicitações.

A qualidade de vida que se pretende obter, através das medidas preconizadas, terá inevitavelmente que ter em conta a capacidade de regenerar uma 3.^a e 4.^a idades dando-lhe valências e competências que as tornem úteis e minimizando as condições propiciadoras de maus tratos quase sempre relacionadas com situações de dependência a vários níveis.

Também para os idosos institucionalizados haverá uma nova forma de relacionamento e humanização diminuindo as situações de risco de maus tratos. Caberá ainda aos Técnicos Sociais preparar os velhos do futuro para um mundo presente, retirando-lhes as conotações negativas e as incomodidades que deverão dar lugar a uma forma mais pró activa de inserção e participação na vida comunitária.

Para tanto, e para além das medidas que se preconizam, será necessário que a nova era de informação cimente uma consciência colectiva que encare a velhice como uma fase natural da vida a ser apoiada, respeitada e também vivida em toda a sua plenitude, pese embora uma maior incidência das naturais limitações que sobre eles recaem. Com isso a sociedade ficará mais rica e todos lucraremos. E assim talvez diminuam os casos de abandono em lares e hospitais, onde a solidão mata mais que a própria morte, e onde a crueldade de alguns filhos, ou parentes próximos, espelha o individualismo duma sociedade materializada.

Bibliografia:

AGEES, S. D. (2002). *Projet de Programme de Prevention et de Lutte Contre la Maltraitance des Personnes Agées*.

ALONSO, M. e Ramis, C.V. (2004). *Evaluación de la Calidad de Vida en Empleo con Apoyo - Proyecto ALSOI*. Salamanca: INICO.

ALVES, J. F. (2004). *Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos*. Coimbra: Coimbra Editora.

ALVES, J. F. (2005). Abuso e negligência de pessoas idosas. In: GONÇALVES, R. A. e MACHADO, C. *Psicologia Forense* . Coimbra: Quarteto.

APAV. (1999). *Manual Títono Para o Atendimento de Pessoas Vítimas de Crime - Parte I (Como Compreender .os Maus Tratos)*.

ASSOCIATION, A. P. (1999). *Elder abuse and neglect: In search os solutions [Brochure]*. Washington, D.C.: Association, American Psychological.

ASSOCIATION, A. M. (1992). Screen For various Types of Abuse or Neglect. In: A. M. ASSOCIATION, *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago: ASSOCIATION AMERICAN MEDICAL.

ARMESTO, S. e. (2004). Maltrato, Abuso, Desamparo. In: DEL CORRAL, F. S. *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato* (pp. 35-75). Madrid: IMSERSO.

ARZAMENDI, J. (ed.)(2006). *El Maltrato de Personas mayores - Detección y Prevención Desde un Prisma Criminológico Interdisciplinar*. San Sebastián: Instituto Vasco de Criminologia .

BAKER, A. (1975). *Granny Battering*. Modern Geriatrics.

- BARBERO, J. (2002). *El Trabajo Social en España*. Huesca: Mira Editores.
- BARNETT, O. *et al.* (2004). Family Violence Across the Lifespan. *In: DIAS, I. Violência na Família - Uma Abordagem Sociológica* (pp. 149-150). Porto: Afrontamento.
- BASS, D. *et al.* (2001). *Suspected Abuse Tool - Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers*. NEW YORK: Journal of Elder Abuse and Neglect.
- BELTRÃO, L. e NASCIMENTO, H. (2000). *O Desafio Da Cidadania Na Escola*. Lisboa: Editorial Presença.
- BERG, N. *et al.* (10 de 05 de 2005). La maltraitance des personnes âgées, une phénomène de société. *REV MED BRUX*, pp. 344-349.
- BERNAL, A., e GUTIÉRREZ, J.B. (2005). *Malos Tratos a Personas Mayores - Guía de Actuación*. Madrid: IMSERSO.
- BERNARDO, K. (2007). A conspiração do silêncio e a invisibilidade do silêncio contra o idoso. *Gerações - entre solidariedades e conflitos* (pp. 1-11). Recife: Universidade do Estado da Baía - Faculdades Jorge Amado.
- BEYEBACH, M. (2003). Una Visión Del Futuro Del Trabajo Con Familias En El Campo De La Geriátria. *In: NADAL M. L. Una Nueva Visión Del Trabajo Psicosocial En El Ámbito Asistencial* (pp. 130-181). Barcelona: Herder.
- BURSTON, G. (1977). *Do your elderly patients live in fear of being battered?* Modern Geriatrics .

CALDAS, C. (2004). Aspectos Éticos: Considerando as Necessidades da Pessoa Idosa . In: SALDANHA A. L. e CALDAS, C.P. *Saúde do Idosos - A Arte de Cuidar* (pp. 37-40). Rio de Janeiro: Interciência.

CARIO, R. (2005). El Mayor Como Víctima - Fin De Un Tabú? In: ARZAMENDI, J.L. (ed.) *El Maltrato de Personas Mayores - Detección y Prevención Desde un Prisma Criminológico Interdisciplinar* (pp. 147-197). San-Sebastián : Instituto Vasco de Criminologia .

CARNEY, M. K. (2003). *Questions To Elicit Elder Abuse. Elder Abuse: Is every bruise a sign of abuse?*. New York: The Mount Sinai School of Medicine.

CHAN, N. (2005). INTERVENTION. In: ADAMS, R. D. *Social Work Futures – Crossing Boundaries, Transforming Practice*. London: Palgrave macmillan.

CHAPMAN, E. (2002). *Guia Para Planear a Reforma - Como Planear o seu Futuro e Viver a Reforma em Plenitude*. Lisboa: Monitor.

CIG. (2007). *III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2007-2010*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1999). *Uma Europa Para Todas as Idades - Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*. Bruxelas: CCE.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. (2007). Coimbra: Almedina.

CORREIA, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

COSTA, F.A. (1986). A Pesquisa de Terreno em Sociologia. In: SILVA, A.S. *et al. Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

CUNHA, P. (2001). *Conflito e Negociação*. Porto: Asa.

CUNHA, V. (1999). A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte. *Sociologia, problemas e práticas n.º 31*, pp. 103-128.

DE PAÚL, J. LARRIÓN, J. (2006). El Maltrato a Los Mayores. Algunas Cuestiones Generales. In: Arzamendi, J. *El Maltrato de Personas Mayores - Detección y Prevención Desde Un Prisma Criminológico Interdisciplinar* (pp. 11-23). Donostia-San Sebastián: Instituto Vasco de Criminología.

DEL CORRAL, F. e CASTIELLO, M. (2004). *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato - La Perspectiva de los Mayores Y de los Profesionales*. Madrid: Ministerio De Trabajo Y Assuntos Sociales - Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad - IMSERSO.

DE SOUSA, F. (22 de 01 de 2008). Maus tratos a idosos triplicaram. *Diário de Notícias*, pp.24-25.

DE SOUSA, F. (22 de 01 de 2008). Sedativos a mais "para não dar trabalho". *Diário de Notícias*, p.25.

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

DIOGO, M. (2006). Modalidades de Assistência ao Idoso e à Família: Impacto Sobre a Qualidade de Vida. In: FREITAS, E. V. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1383-1387). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

DURKHEIM, E. (2001). *O Suicídio - Estudo Sociológico*. Lisboa: Presença.

DYER, C. e. Elder Abuse. In: *Trauma* (pp. 1: 163-169).

- ELIAS, N. (1970). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Edições 70.
- FERNANDEZ, C. *et al.* (2007). *On Tue Les Vieux*. Millau: Fayard.
- FERRIGNO, J. (2003). *Co-Educação Entre Gerações*. São Paulo: Vozes.
- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- FOUCAULT, M. (1996). *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- GARCÍA, M. (Coord.) (2007). *Trabajo Social en Gerontologia*. Madrid: Sintesis.
- GIDDENS, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GIMENO, A. (2003). *A Família - O desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- GOFFMAN, E. (1999). *Manicómios, Prisões e Conventos*. S. Paulo: Perspetiva.
- GOMES, C. (2008). *Quase 40 por cento dos idosos passam mais de oito horas sós*. *Público*, 4-5.
- GÓMEZ, J. V. (2000). *Yacimientos Profesionales para el Trabajo Social – Nuevas Perspectivas de Intervención*. Saragoça: Mira Editores.
- GONÇALVES, C. *et al.* (2000). *Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal*. In: I. N. Estatística, *Revista de Estudos Demográficos n.º 35* (pp. 143-170). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- GROSSI, P. e SOUZA, M. R. (Dezembro de 2003). *Os idosos e a violência invisibilizada na família*. *Revista Virtual Textos e Contextos*, pp. 1-14.

HESPANHA, P. *et al.* (2000). *Entre o Estado e o Mercado: as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.

HIRSCH, C. (2001). The management of elder mistreatment: the physician's role. *Wien klin Wochenschr* (pp. 15; 113(10):384-92).

HUGONOT, R. (2007). *Violences invisibles - Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris: Dunod.

IMSERO, S. *et al.* (2006). *Malos Tratos a Personas Mayores - Aportación Española en la Adaptación Lingüística e Cultural de un Instrumento de Detección de Sospecha de Maltrato Hacia Personas Mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia.

INE. (2007). *Estatísticas Demográficas 2005*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

JACA, L. *et al.* (2005). *Gestión Del Conflicto, Negociación y Mediación*. Madrid: Ediciones Pirámide.

JUSTIÇA, P. D. (2007). *Relatório à Assembleia da República 2006, Volume II*. Lisboa: Provedoria de Justiça - Divisão de Documentação.

KERN, N. (2005). *Gerontologie für die Altenpflegeausbildung Band 1: Grundlagen der Gerontologie, Psychologie und Soziologie*. Troisdorf: Bildungverlag Eins Kieser.

LENOIR, R. (1985). L'effodrement des bases sociales du familialisme. *Acte de la recherche en sciences sociales*, 57-58.

LEPTIHN, T. (2007). *50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege*. Hannover: BRIGITTE KUNZ VERLAG.

LOURENÇO, N. (1992). *Representações da Violência*. Lisboa: CEJ, Gabinete de Estudos Jurídico-Sociais.

LLUNAS, D. N. (2003). *Una Nueva Visión Del Trabajo Psicosocial En El Ámbito Asistencial*. Barcelona: Herder.

MACEDO, A. (2003). Violência Contra Idosos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 175-81.

MACEDO, E. *et al.* (2001). *Revisitando Paulo Freire - Sentidos na Educação*. Porto: Asa.

MACHADO, L., e QUEIROZ, Z. (2006). Negligência e Maus tratos. *In: Freitas, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1152-1159). Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan.

MARTIN, J. (1992). *L'Infirmier Générale Et La Violence En Gériatrie - Quel Projet Pour Une Meilleure Qualité De Vie?* Poitiers : École Nationale de la Santé Publique.

MARTINEZ, J. (1991). *Trabajo Social y Animación Sociocultural. La dimensión pedagógica de la acción Social*. Valência: Nau Llibres.

MAYORES, C. D. (2007). *Manifesto a Favor de las Personas Mayores*. San Sebastian: GIZARTEKINTZA Departamento de Serviços Sociais.

MELO, M. (2005). Portal - Emergência social na Net. *Diário de Notícias*.

MINAYO, M. *et al.* (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.5 no.1: p. 7-18.

MONTEIRO, D. (2006). Afectividade e Intimidade. *In: Freitas, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1296-1300). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

MORÁN, M. (2004). *Gerontología Social Aplicada*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

MORERA, B. (2005). Maltrato Psicológico. *In: ARZAMENDI, J. El Maltrato de Personas Mayores - Detección y Prevención Desde un Prisma Criminológico Interdisciplinar* (pp. 23-39). San - Sebastian: Instituto Vasco de Criminología.

OGG, J., e BENETT, G. (1992). *Elder Abuse in Britain* . British Medical Journal .

(OMS), O. M. e (SEGG), S. E. (2006). *Respuesta Global al Maltrato hacia las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial*. Madrid: OMS-SEGG.

OMS. (1994). *Declaração desenvolvida pelo grupo de trabalho da qualidade de vida da OMS*. Geneve: Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2002). *Declaração de Toronto*. Toronto: Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la vejez.

OMS. (2002). *Envelhecimento Activo - Um Projecto de Política de Saúde*. Geneve: OMS.

PAIS, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão - Deambulações Sociológicas*. Porto: Ambar.

PARREIRA, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida - Um Guia para a Acção* . Lisboa: Monitor.

PASCHOAL, S. (2006). Qualidade de Vida na Velhice. *In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan.

PAÚL, C. *et al.* (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. *In: PAÚL, C. e FONSECA, A. M. (Coords.). Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.

PETERSON, P. G. (1999). *Gray Dawn: How the Coming Age Wave will Transform America and the World*. Nova Iorque: Random House.

PILLEMER, K. Suitor, J. (1988). *Elder Abuse - Handbook of Family Violence*. New York: Plenum Press.

PIMENTEL, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.

PITAUD, P. (1999). Regards sur le champ gérontologique. *In: PITAUD, P. Gérontologie sociale: pour une éthique de la formation* (pp. 7-18). Ramonville Saint-Agne: Érès.

PNAI (2006). *Plano Nacional de Acção Para a Inclusão 2006 - 2008*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

PROVEDOR. (2003). *Democracia e Direitos Humanos no Século XXI*. Lisboa: Provedoria de Justiça - Divisão de Documentação.

PILLEMER, K. e FINKELHOR, D. (1988). *The prevalence of elder abuse: a random sample survey*. *Gerontologist*.

PODENIEKS, E. (1989). *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.

REIS, M., e NAHMIASH, D. (1995). *Validation of the caregiver abuse screen (CASE)*. Canadá: Canadian Association of Gerontology: Canadian Journal on Aging.

RIBEIRO, D. (2001). Envelhecimento. *In: DA SILVA, L.F. Acção Social na Área da Família* (pp. 167-197). Lisboa: Universidade Aberta.

ROSNAY, J. S.-S. (2006). *Viver Mais e Melhor - Uma Longevidade Activa na Sociedade Actual*. Lisboa: Editorial Presença .

RUIZ, J. S. (2001). *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona: Masson.

SALANOVA, M. (2003). Envejecimiento Comunidad. *In: LLUNAS, D. N. Una Nueva Visión Del Trabajo Psicosocial En El Ámbito Asistencial* (pp. 244-286). Barcelona: Herder.

SANCHES, A. (2007). Idosos com mais queixas de violência na APAV. *Jornal Público*, 23 de Fevereiro de 2007, p.7.

SANCHEZ-SERRANO. (2004). Ética y trabajo social. *In: SERAFIM, M. Intervenção Social - Ética na Contemporaneidade - Ética e Serviço Social* (pp. 127-137). Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

SCHOFIELD, M. M. (2003). *Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study* The Gerontological Society of America.

SEIJO, J. (2003). *Mediação de Conflitos em Instituições Educativas - Manual Para Formação de Mediadores* . Porto: Asa.

SERAFIM, M. (2004). *Ética na Contemporaneidade - Ética e Serviço Social*. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

SILVESTRE, C. A.(2003). *Educação / Formação de Adultos - Como Dimensão Dinamizadora do Sistema Educativo / Formativo*. Lisboa: Instituto Piaget.

SOCIAL, G. D. (2005). *Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Barcelos: Instituto da Segurança Social.

SOCIAL, I. P. (2002). *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

SOUSA, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.

SQUIRE, A. (2005). *Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas - Fundamentos Básicos Para a Prática*. Lisboa: Lusociência.

STEINMETZ, S. (1988). *Duty Bound: Elder abuse and family care*. New-bury Park: Ca: Sage.

TORRES, D. *et al.* (2001). *Manual de Internet para Trabalhadores Sociais*. Huesca: Mira Editores.

TOURAINÉ, A. (2007). As mulheres são hoje o actor central da História. *Público*, pp.8-10 *In P2*.

VERDUGO, M. *et al.* (2001). El Concepto de Calidad de Vida en los Servicios Humanos. *In: VERDUGO, M. et al. Apoyos, Autodeterminación y Calidad de Vida*. Salamanca: Amarú.

WHO, W. H. (2002). *World Report on Violence and Health* . Geneve .

WOLF, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. *In: INGLE, N. et al. Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association.

WOLF, R., & MCCARTHY, E. (1991). Elder Abuse. *In: HERSEN, M. Case Studies in Family Violence* (pp. 357-377). New York: Plenum Press.

WOLF, R. & Pillemer, K. A. (1989). *Helping Elderly Victims - The Reality of Elder Abuse*. New York: University Press.

WEIZMAN, J. (1985). Engaging the severely dysfunctional family in treatment: basic considerations. *Family Process* (pp. 473-485).

WHO. (2002). *Missing Voices - Views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.

XAVIER, M. (2006). Idosos e doentes abandonados à noite e aos fins-de-semana. *Jornal de Notícias*, p. 42.

Webgrafia:

ALMA (2007). *ALMA FRANCE - ALLÔ MALTRAITANCE des PERSONNES AGÉES et/ou des PERSONNES HANDICAPÉES*. [Em linha]. Disponível em <http://www.alma-france.org/>. [Consultado em 03/12/2007].

CID, G. d. (2006). *Carta Social*. [Em linha]. Disponível em <http://www.cartasocial.pt/index1.php>. [Consultado em 05/12/2006].

COSTA, C. L. (2003). *Vítimas da idade - Violência e abandono de idosos continuam a aumentar. Filhos são muitas vezes autores dos maus tratos*. [Em linha]. Disponível em http://www.portugaldiario.iol.pt/noticia.php?div_id=&id=110609. [Consultado em 12/03/2007].

CUNHA, L. (2006). [Em linha]. Disponível em <http://www.rtp.pt/index.php?article=225092&visual=16>. [Consultado em 24/01/2007].

DECLARAÇÃO DE TORONTO PARA A PREVENÇÃO GLOBAL DE MALTRATO DAS PESSOAS IDOSAS (2002). [Em linha]. Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf. - Declaración de Toronto - Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. [Consultado em 01/12/2006].

DE SOUSA, F. (2008).[Em linha]. Disponível em http://dn.sapo.pt/2008/01/22/sociedade/maus_tratos_a_idosos_triplicaram.html. [Consultado em 22/01/2008].

EUROSTAT (2007). [Em linha]. Disponível em Http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/

[PGE CAT PREREL YEAR 2006/PGE CAT PREREL YEAR 2006 MONTH_09/3-29092006-FR-BP.PDF](#) [consultado em 02/10/2007].

JUSTIÇA, P. d. (2007). [Em linha] Disponível em <http://www.provedor-jus.pt/>. [consultado em 10/10/2007].

MACHADO, J. (2005). [Em linha] Disponível em <http://www.agencia.ecclesia.pt:>
<http://www.agencia.ecclesia.pt/noticia.asp?noticiaid=21274>. [Consultado em 16/09/2007].

MARSHALL, C. B. (2000). [Em linha] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=PubMed>. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=AbstractPlus&list_uids=10711306&query_hl=173: Using clinical tools to identify clues of mistreatments, *Geriatrics*, 52,2: pp:42-53). [Consultado em 12/09/2007].

MCDONALD, L. e Collins, A. (2000). [Em linha] Disponível em http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/agediscussion_e.html. [Consultado em 12/05/2007].

JUSTIÇA, M. D. (2007). *Plano de Desenvolvimento da Rede de Julgados de Paz*. [Em linha] Disponível em http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/2808E8EB-3941-4A01-9F2B-EDD14A0D5FD0/0/Apres_Estudo_Julgados_Paz.pdf. [Consultado em 17/02/2008].

MOUTINHO, S (2006). [Em linha] Disponível em <http://www.rtp.pt/index.php?article=225092&visual=16>. [Consultado em 23/01/2007].

ONU (2002). Segunda Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento. [Em linha] Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=->

[//EP//NONSGML+TA+P5-TA-2002-0184+0+DOC+PDF+V0//PT.](#) [Consultado em 19/04/2007].

PAZ, C. D. (2007). [Em linha] Disponível em <http://www.conselhodosjulgadosdepaz.mj.pt/Noticias/2007-12-04-NovosJulgadosdePaz2007.pdf>. [Consultado em 12/02/2008].

PERSONS, U. N. (1991). [Em linha] Disponível em <http://www.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm>. [Consultado em 12/05/2007].

WILBER, K. e. McNeily, D. (2001). *A Succinct Evaluation of Five Elder Abuse Theories* [Em linha] Disponível em http://www.geocities.com/stephen_j_bright/elder2003.html. [Consultado em 09/09/2007].