

# MISCELLANEA

JUNHO 2020  
NÚMERO 10

# APAV

30  
Anos

PELOS DIREITOS  
DAS VÍTIMAS



PORTUGAL  
MAIS VELHO

APAV®  
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

financiamento:  
FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

# ESTA CAMISOLA PODE SERVIR A QUALQUER PESSOA.

Qualquer pessoa pode ser vítima de crime ou de violência.  
Se for vítima de crime, contacte a APAV.  
Ligue 116 006.



**VÍTIMA**

[www.apav.pt](http://www.apav.pt)

CHAMADA GRATUITA  
**116 006**  
LINHA DE APOIO À VÍTIMA  
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H

**APAV**  
  
Associação para a Paz  
Apoio à Vítima

# NOTA INTRODUTÓRIA



Portugal Mais Velho é uma iniciativa criada no âmbito de uma prioridade da Fundação Calouste Gulbenkian que visa contribuir para o bem-estar das pessoas mais velhas, e suportada pela sólida experiência e filosofia de intervenção da APAV, com trabalho desenvolvido sobre o tema da violência contra as pessoas mais velhas e a entidade por excelência para referenciação e apoio às vítimas.

A violência contra as pessoas mais velhas é aqui considerada na sua aceção mais lata, no quadro dos Direitos Humanos, da dignidade das pessoas ao longo de toda a sua vida. As várias formas de violência - física, psicológica, financeira, entre outras - o idadismo e as várias formas de discriminação, o papel dos cuidadores e o perfil dos agressores, a intolerância face ao fenómeno, foram tópicos que abriram o debate e definiram as grandes linhas deste projeto.

Considerando o fenómeno da violência com a sua complexidade, numa perspetiva holística e multidimensional, foram desafiados a associar-se a esta iniciativa mais de oitenta profissionais de referência das áreas Social e da Saúde, do Direito, da Gerontologia, da Psicologia e da Sociologia, da Comunicação Social, entre outras, que contribuíram decisivamente para a reflexão e para o produto final deste projeto, alguns deles autores de textos neste número especial da Miscellanea.

A primeira parte deste Projeto chega ao fim, com a publicação de um relatório que reúne o conhecimento de um corpo de especialistas e a vontade dos principais beneficiários deste projeto, bem como um conjunto de recomendações que foram elaboradas com vista à promoção de uma imprescindível mudança de perceções e mentalidades e ao desenho de políticas públicas em prol das pessoas mais velhas, que serão tema para debate num Seminário a realizar em breve na Fundação.

O Portugal Mais Velho está assente numa parceria colaborativa criada entre a Fundação Calouste Gulbenkian e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, no empenho e dedicação de uma pequena mas dinâmica equipa e na generosa colaboração de pessoas verdadeiramente comprometidas que se juntaram na defesa dos interesses, da segurança, qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas.

*Anabela Nunes Salgueiro*  
Socióloga  
Fundação Calouste Gulbenkian

# EDITORIAL



LUZIA

O projeto Portugal Mais Velho surgiu como uma iniciativa da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e da Fundação Calouste Gulbenkian, numa tentativa concertada de melhor compreender a violência contra as pessoas idosas.

Num cenário de evolução demográfica em que a pirâmide populacional, já invertida, nos indica que as pessoas vivem mais anos, mas em que viver mais não significa viver melhor, a violência contra as pessoas idosas assume proporções preocupantes, sendo mais do que nunca improrrogável refletir sobre as suas causas, as suas consequências e as profundas alterações sociais que a sua prevenção e combate carecem.

No sentido de contribuir para esta reflexão, no âmbito do projeto Portugal Mais Velho, foram ouvidos, desde janeiro de 2019, 80 profissionais das mais diversas áreas profissionais e geográficas, 39 pessoas idosas que vivem em diferentes contextos, desde a completa autonomia à institucionalização, e 4 cuidadores e cuidadoras familiares que prestam cuidados a pessoas idosas.

Aliado à imprescindível auscultação de profissionais que estudam o envelhecimento ou trabalham com pessoas idosas, numa ótica de essencial interdisciplinaridade, e das próprias pessoas idosas que, melhor do que ninguém, estão capacitadas para discutir aquilo que as afeta, um trabalho de pesquisa aprofundado permitiu a pretendida reflexão e a produção de 30 recomendações. Estas são dirigidas a decisores políticos e a entidades públicas e privadas, no sentido de serem melhoradas as políticas públicas que necessariamente afetam as pessoas idosas, sempre com base numa perspetiva de promoção dos direitos humanos.

Esta reflexão e respetivas recomendações serão apresentadas publicamente no dia 1 de outubro do presente ano, Dia Internacional da Pessoa Idosa. Todavia, em comemoração dos seus 30 anos, e na sua tentativa constante de trazer ao debate público os direitos de todas as vítimas e, em especial, de grupos em situação de vulnerabilidade, a APAV assinala com uma edição especial da Revista Miscellanea APAV, não só o projeto Portugal Mais Velho mas, acima de tudo, a temática da violência contra as pessoas idosas.

Assim, contando com a colaboração dos autores e autoras que, sendo indivíduos despertos e sensíveis ao fenómeno em questão, apresentamos uma edição verdadeiramente especial não apenas por ser o primeiro número desta revista exclusivamente dedicado a um tema, mas também, pela interdisciplinaridade dos artigos nele incluído.

Num primeiro artigo, Rosário Sobral, elucida os leitores e leitoras sobre a realidade social de um país envelhecido, perguntando-nos se vivemos num país que se prepara para o seu envelhecimento sem deixar de nos mostrar que é necessário rever os apoios sociais existentes e, acima de tudo, a forma como individual e coletivamente nos preparamos para a idade avançada.

De seguida, Íris Almeida, Ricardo Ventura Baúto, Belmira Fernandes e Cristina Soeiro apresentam-nos um estudo e reflexão sobre os fatores de risco na violência contra pessoas idosas, partilhando ainda a metodologia de avaliação *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)*

desenvolvida por um grupo de trabalho, criado em 2016, numa iniciativa conjunta da APAV, a Egas Moniz - Cooperativa de Ensino Superior, Crl, a Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto (EC-FDUP) e o Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa (DIAP Lisboa).

Vertendo um olhar jurídico sobre o tema, Maria Perquilhas, Juíza Desembargadora, analisa, entre outros assuntos, os principais crimes cometidos contra as pessoas idosas e as dificuldades sentidas pelas vítimas quando o agressor ou agressora é seu filho ou sua filha, afirmando que a violência contra as pessoas idosas é, acima de tudo, uma violação da dignidade da pessoa humana, um dos pilares do Estado de Direito democrático. Inês Sá e Marta Bulhosa contribuem, também neste âmbito, com uma reflexão sobre um dos mais preocupantes problemas atuais, o abandono das pessoas idosas, as possíveis consequências da sua tão debatida eventual criminalização e, ainda, possíveis alternativas que, fora do âmbito do Direito Penal, poderão contribuir para a prevenção e combate destas situações.

Com foco na prestação de cuidados a pessoas idosas, Helena Falcão, Natércia Gonçalves e Teresa Teles apresentam-nos, depois, o trabalho da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos, criada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, que utiliza a prestação de cuidados médicos domiciliários como uma ferramenta de sinalização de, e intervenção em, situações de crime e violência contra pessoas idosas.

Manuel Gonçalves-Pereira e Maria João Marques seguem a linha de apresentação de possíveis intervenções com vista à prevenção da violência contra pessoas idosas, salientando a importância da intervenção junto das famílias e apresentando investigações recentes sobre a matéria em apreço. Por seu lado, Carla Ribeirinho destaca a importância da formação dos cuidadores formais na prevenção da violência, defendendo "(...) *uma formação técnica que abranja aspetos teóricos, humanos e éticos, a par de uma sólida e diferenciada formação humana.*"

Carmen Andrade desperta-nos a atenção para uma questão a que será cada vez mais difícil virar as costas: a situação de pessoas idosas que prestam cuidados a pessoas idosas, apresentando-nos os resultados de um estudo, de sua autoria, que abrangeu 200 pessoas dependentes e 198 cuidadores familiares.

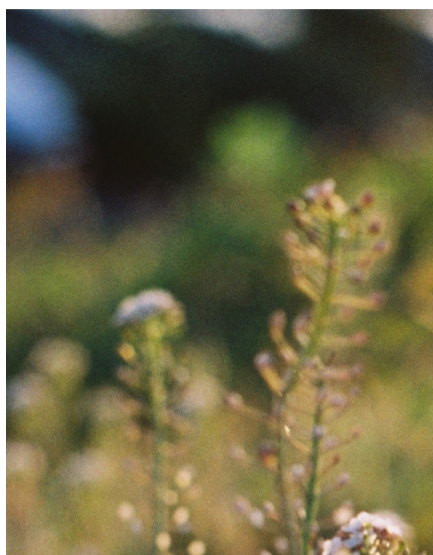
Fechando o número 10 da Revista Miscellanea com um olhar sobre a participação social e capacitação das pessoas idosas, Maria João Guardado Moreira apresenta-nos o *Projeto PerSoParAge Recursos pessoais e sociais para a autonomia e participação social numa sociedade envelhecida* (POCI-01-0145-FEDER-023678), destacando a "(...) *importância da consulta às populações mais velhas sobre o desenvolvimento de ações e intervenções integradas.*" Por fim, Luís Vidigal reflete sobre uma nova era amiga do envelhecimento, a inclusão digital, os riscos do cibercrime, deixando-nos a pensar sobre o aumento da longevidade até patamares que nos parecem hoje inalcançáveis.

Destas importantes e diversificadas contribuições, esperamos que os leitores e leitoras retirem algumas necessárias conclusões sobre o envelhecimento no nosso país e sobre a forma como queremos envelhecer, individualmente e como sociedade.

*Marta Carmo e Patrícia Rodrigues*  
APAV | Projeto Portugal Mais Velho



# CONTEÚDO



**Portugal: um país envelhecido preparado para um envelhecimento digno?**

*Rosário Sobral*

P 11



**Fatores de Risco na Negligência e Maus-tratos a Pessoas Idosas**

*Íris Almeida, Ricardo Baúto, Belmira Fernandes, Cristina Soeiro*

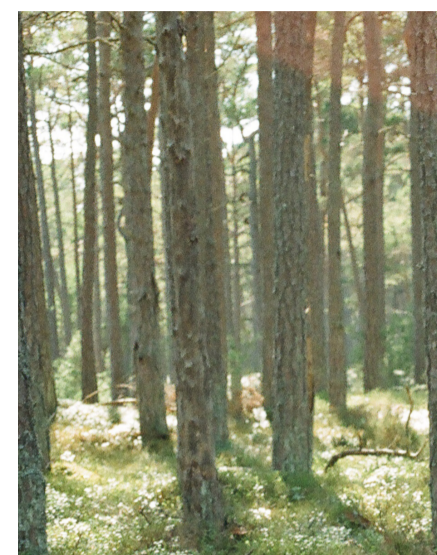
P 17



**(Des)Amor que brota**

*Maria Perquilhas*

P 23



**Resposta ao abandono de pessoas idosas alternativas ao direito penal**

*Inês Sá, Marta Bulhosa*

P 30



**Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos**

uma resposta do Sistema Nacional de Saúde no combate ao fenómeno da violência interpessoal

*Helena Falcão, Natércia Gonçalves, Teresa Teles*

P 34



**Idade avançada, doença neuropsiquiátrica e risco de abuso**

importância da intervenção com as famílias

*Manuel Gonçalves-Pereira, Maria João Marques*

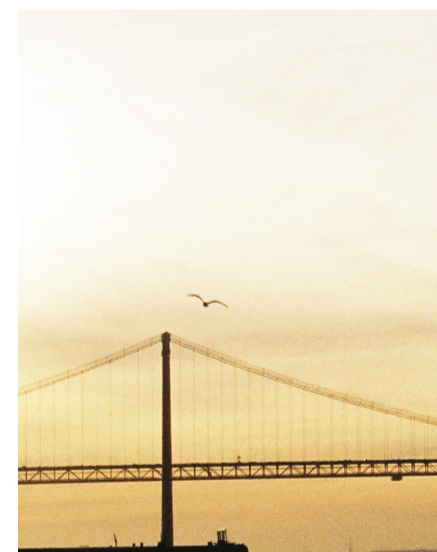
P 37



**A formação de cuidadores na prevenção e deteção da violência contra as pessoas idosas**

*Carla Ribeirinho*

P 44



**Idosos que cuidam de idosos um contexto de vulnerabilidade**

*Carmen Andrade*

P 51



## Envelhecer e participar no interior de Portugal

*Maria João Guardado Moreira*

P 58



## Novas tecnologias para a capacitação das pessoas idosas

*Luís Vidigal*

P 62

ISBN 978-972-8852-79-5

MISCELLANEA APAV

2020 © APAV  
Associação Portuguesa  
de Apoio à Vítima

APAV  
Rua José Estevão 135 A  
1150 201 Lisboa

+351 21 358 79 00

apav.sede@apav.pt  
www.apav.pt

Esta edição da Miscellanea APAV é ilustrada com fotografias de LUZIA.

LUZIA (Patrícia Lourenço) é licenciada em Direito pela Universidade Nova de Lisboa, e foi após o término do curso que enveredou pelas artes gráficas. Com um curso de Fotografia Digital no Instituto Português de Fotografia, posteriormente estudou Design de Comunicação e Multimédia. Atualmente é membro da direção da ONGD portuguesa P&D Factor e trabalha com várias ONGDs nacionais e internacionais no âmbito da comunicação e promoção cultural, desenvolvendo suportes fotográficos, de design gráfico e trabalhos de ilustração.

[behance.net/luzia\\_](https://www.behance.net/luzia_) | [@its\\_luzia](https://www.instagram.com/its_luzia)

### **NOTA:**

Foi dada liberdade aos/às autores/as dos artigos que constam do presente número da Revista MISCELLANEA APAV para redigi-los, ou não, ao abrigo das normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tendo cada um/a optado individualmente.

# BIOGRAFIAS



## **Belmira Fernandes**

Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM).

## **Carla Ribeirinho**

Licenciada, mestre e doutorada em Serviço Social, Docente no ISCSP - Universidade de Lisboa; Consultora e supervisora profissional na área do Serviço Social e da Gerontologia Social em várias instituições.

## **Carmen Andrade**

Escola Superior de Saúde - Universidade dos Açores.

## **Cristina Soeiro**

Vice-Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, Professora Associada no Instituto Universitário Egas Moniz, Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM) e no Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM)- Laboratório de Psicologia Egas Moniz (LabPSI).

## **Helena Falcão**

Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos Odivelas-Pontinha.

## **Inês Carvalho Sá**

Advogada.

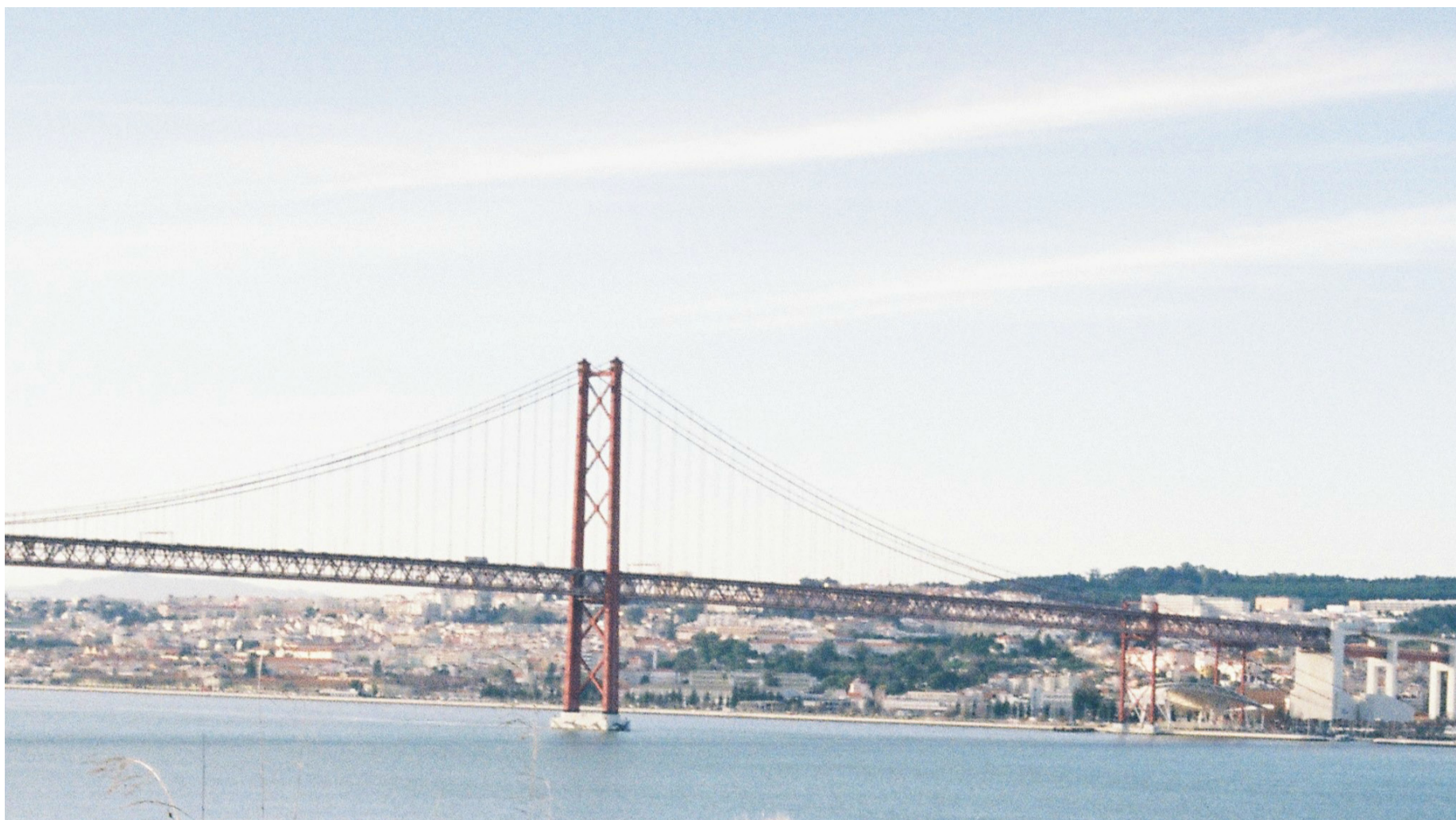
## **Iris Almeida**

Professora Auxiliar no Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), no Laboratório de Psicologia Egas Moniz (LabPSI) e no Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz (LCFPEM).

## **Luís Vidigal**

Direção da PASC - Plataforma de Associações da Sociedade Civil e fundador da APDSI – Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação.





### **Manuel Gonçalves Pereira**

Comprehensive Health Research Centre, CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas / Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa.

### **Maria João Guardado Moreira**

Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Castelo Branco, onde coordena o Mestrado em Gerontologia Social e a Age. Comm - Unidade de Investigação Interdisciplinar - Comunidades Envelhecidas Funcionais.

### **Maria João Marques**

Comprehensive Health Research Centre, CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas / Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa.

### **Maria Perquilhas**

Juíza Desembargadora do Tribunal da Relação de Lisboa.

### **Marta Bulhosa**

Advogada Estagiária.

### **Natércia Gonçalves**

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos Odivelas-Pontinha.

### **Ricardo Ventura Baúto**

Psicólogo Forense, Investigador no Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), no Laboratório de Psicologia Egas Moniz (LabPSI) e no Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz (LCFPEM).

### **Rosário Sobral**

Licenciada em Finanças pelo ISCEF, Pós-graduada em Economia da Saúde pela Universidade de Coimbra, ex-Presidente da Direção da ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida.

### **Teresa Teles**

Técnica Superior Serviço Social, Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos Odivelas-Pontinha.

VIOLÊNCIA  
FINANCEIRA

## A VIOLÊNCIA FINANCEIRA MAGOA. E MUITO.

Quando alguém é prejudicado financeiramente ou desapropriado do seu património, isso deixa marcas. Tão ou mais profundas quanto as que são provocadas por violência física. Se tiver conhecimento de sequestro, abandono, violência financeira ou outro tipo de violência sobre idosos ligue para a APAV. O silêncio pode magoar ainda mais.

Projecto / Apoiado Financeiramente pela:



Apoio:



APAV<sup>®</sup>  
Associação Portuguesa para a Ajuda à Vítima  
Apoyo à Vítima

CHAMADA GRATUITA

**116 006**

LINHA DE APOIO À VÍTIMA  
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H

# Portugal: um país envelhecido preparado para um envelhecimento digno?

Rosário Sobral



LUZIA

## Síntese

*A realidade é que Portugal é um país que envelheceu muito rapidamente e já é hoje um dos cinco países mais velhos do mundo.*

*Atravessamos – demasiado distraídos, a “olhar para o lado” e a não querer pensar no assunto – uma verdadeira “revolução demográfica” com o aumento da longevidade e do número de pessoas idosas. É uma boa notícia e o resultado de uma evolução positiva da saúde, da educação e do desenvolvimento económico. Mas também tem um lado mais preocupante pois vivem-se mais anos com limitações severas na autonomia e níveis elevados de fragilidade e dependência resultantes da idade, de doenças crónicas e de demência.*

*Tal como noutras áreas da vida e do conhecimento a Comunicação assume um papel decisivo na divulgação de temas relacionados com o envelhecimento. É preciso estar preparado e informado para conseguir defender melhor os interesses de nós próprios e dos que nos são próximos. É um dever de cidadania nas sociedades modernas e particularmente na sociedade portuguesa.*

## 1. Portugal é o 3º país mais envelhecido da UE (a 28), o 5º mais envelhecido no Mundo e está no pelotão dos 5 países com mais elevadas taxas de demência nos países da OCDE

O envelhecimento da população em Portugal tem-se feito sentir de

forma muito rápida, com tendência acentuar-se no futuro: somos o 3º país mais envelhecido da União Europeia (a 28) e o 5º mais envelhecido no Mundo (depois do Japão, Itália, Grécia e Finlândia). Em 1971 a população com mais de 65 anos representava 10% da população total portuguesa e em 2017 mais que duplicou, para **21,67%** da população no total de **2.228.751 pessoas**<sup>(1)</sup> (com um valor médio dos +65 anos na UE é de 19%)<sup>(2)</sup>.

**A Esperança Média de Vida à Nascimento em Portugal, que em 2017 era de 81,6 anos, situa-se ligeiramente acima da média da UE (28) que, no mesmo ano, estava nos 80,9 anos, o que representa um bom indicador e significa que o país melhorou bastante**<sup>(3)</sup>.

Mas quando comparamos com os **anos de vida saudável, após os 65 anos de idade**, a situação deteriora-se significativamente: os portugueses encontram-se na cauda da Europa (7,9 anos para homens e 6,7 anos para mulheres)<sup>(4)</sup>, com valores que representam

(1) PORDATA. (14 de junho de 2019). Indicadores de envelhecimento da população residente total e por grupos etários. Obtido de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

(2) EUROSTAT. (julho de 2019). Population structure and ageing. Obtido de [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing).

(3) PORDATA. (14 de junho de 2019). Indicadores de envelhecimento: Esperança de vida à nascença: total e por sexo. Obtido de: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418).

(4) PORDATA. (5 de fevereiro de 2020). Esperança de vida à nascença: total e por sexo (2017). Obtido de <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>.

por exemplo 51% do número de anos equivalentes da Suécia e 64% de Espanha<sup>(5)</sup>.

A **demência** representa um dos maiores desafios associados à população envelhecida, provocando danos no cérebro e uma degradação das capacidades funcionais e relacionamento social. A idade constitui o principal fator de risco da demência. Em Portugal a previsão de pessoas com demência é muito elevada: 20 pessoas em cada 1000 habitantes em 2019, com previsão de 40,5 pessoas por 1000 habitantes em 2050! Portugal faz parte do pelotão dos 5 países com mais elevadas taxas de demência nos países da OCDE (com o Japão, Itália, Espanha e Alemanha)<sup>(6)</sup>.

*Conclui-se que os portugueses têm maior probabilidade de vir a sofrer – mais cedo e durante mais anos – de mais incapacidades, doenças crónicas e demências, e em consequência de vir a necessitar de mais apoios na área social e da saúde durante mais anos. Como estamos a preparar-nos para enfrentar esta situação?*

## 2. Caracterização sumária das respostas sociais de apoio a idosos em Portugal

Tradicionalmente eram as famílias que tratavam dos seus idosos. O “sistema de apoio social” atual, tutelado pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, organizou-se sobretudo a partir dos anos 80 mantendo o objetivo tradicional de ajudar as famílias a tratar dos seus idosos. A denominação do sistema de “apoio social” (*social care*) resultou do tipo de serviços prestados, fundamentalmente de apoio nas Atividades da Vida Diária (AVDs – alimentação, limpeza e higiene - banho, vestir/despir, fraldas) e atividades de animação.

As “respostas tradicionais de apoio social para idosos” são prestadas fundamentalmente por organizações não lucrativas (Misericórdias e Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSSs) e por empresas privadas. A componente privada é da ordem dos 10%, e pode chegar aos 20% nos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto<sup>(7)</sup>. Em 2018 existia um total de 2500 unidades licenciadas como ERPI (estruturas residenciais para pessoas idosas, antes denominados de lares ou residências de idosos) com 100.000 camas; 2.019 Centros de Dia com 63.600 lugares; e 2.701 Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) com capacidade de atender **110.400** pessoas nos seus domicílios. Estima-se que ainda exista um número de lares ilegais (lares não licenciados) em número próximo das ERPIs existentes!

Em 2018 a despesa pública referente a apoio a idosos através do “apoio social tradicional” via “acordos de cooperação” foi de **595.014.000€**.

Os cuidados de saúde mantiveram-se fora do âmbito das respostas tradicionais do sistema de apoio social até meados da primeira década

do séc. XXI, em que surgiu uma “resposta paralela” às tradicionais, que foi a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI, com tutela conjunta dos Ministérios da Segurança Social e da Saúde e constituída por unidades de convalescença, de média e longa duração e cuidados paliativos (os quais em 2017 passaram a constituir uma Rede autónoma tutelada apenas pelo Ministério da Saúde). A necessidade de coordenar os cuidados sociais e de saúde a idosos (*care e cure*), de forma adequada ao estado de saúde e de dependência da pessoa idosa, era uma realidade já longamente discutida e aplicada a nível internacional, que só a partir de então passou a vigorar em Portugal.

A RNCCI contratualiza os serviços prestados fundamentalmente com IPSSs (no 1º semestre de 2017, 80% com IPSSs, 18% com empresas privadas e 2% com o Serviço Nacional de Saúde). Em 2016 a RNCCI havia contratualizado **8.400 camas** (que ainda incluíam as camas de cuidados paliativos); no **primeiro semestre de 2017** (excluindo já as camas de cuidados paliativos), a RNCCI tinha contratualizado um total de **8.122 camas**<sup>(8)</sup>.

A despesa pública referente a pagamento (pelos Ministérios da Segurança Social e da Saúde) a unidades que contratualizaram com a RNCCI foi em 2016 de **172.437.881€** e de **88.782.698€** no 1º semestre de 2017.

Os dois grandes tipos de respostas sociais do sistema de apoio social a idosos (respostas tradicionais e RNCCI), caracterizam-se por: não existirem unidades públicas que prestam serviço gratuito ou tendencialmente gratuito aos cidadãos ao invés do que acontece na Saúde, com o Serviço Nacional de Saúde – SNS; as respostas são prestadas por organizações privadas com ou sem fins lucrativos e devem ser licenciadas pelo Ministério da Segurança Social (ou por este com a Saúde no caso da RNCCI), satisfazendo padrões estabelecidos.

Neste sistema não é concedido apoio financeiro direto ao utente/ utilizador final, com exceção de casos muito residuais, como até agora o subsídio de “complemento de dependência”. O **financiamento de apoio a idosos é efetuado diretamente às organizações licenciadas selecionadas pela Segurança Social** que exploram unidades com respostas sociais para idosos, através de um sistema de contratualização (acordos de exploração nas respostas sociais tradicionais) em que é estabelecido o número de utentes que irão beneficiar do apoio e a contrapartida da entidade prestadora em não exigir a estes um valor de *co-pagamento* superior a uma determinada percentagem do respetivo rendimento, normalmente a pensão de reforma (incluindo ou não o de familiares). Com este sistema de financiamento direto às IPSSs via acordos de cooperação (ou também empresas privadas como no caso embora residual, da RNCCI), estabeleceu-se uma intrincada rede de relações entre o Estado e as organizações do Terceiro Setor em que este funciona como um setor “quase-privatizado” com as vantagens e inconvenientes inerentes<sup>(9)</sup>.

(5) EUROSTAT. (2019). Ageing in Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU. Luxembourg.

(6) OECD. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

(7) Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (30 de outubro de 2019). Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2018. Lisboa.

(8) Serviço Nacional de Saúde. (2019). Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre 2019.

(9) O capítulo do livro “Elderly in Europe” que caracteriza a política de apoio a idosos em Portugal analisando a evolução e características do sistema de apoio social a idosos, a prevalência das Instituições Particulares de Solidariedade Social na prestação dos cuidados, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a persistente falta de transparência no funcionamento das organizações não lu-

Assim, a forma de os idosos beneficiarem do apoio financeiro da Segurança Social é conseguirem “ingressar” numa IPSS que beneficie de financiamento público e que os inclua no “contingente” de utentes abrangidos por “acordos de cooperação”.

Em termos de concorrência, torna-se muito difícil a sobrevivência de IPSSs e de empresas privadas que não beneficiam de acordos de cooperação, limitando o respetivo mercado a franjas da população com rendimentos mais elevados. E pessoas com rendimentos baixos ou médios, que não conseguem lugar em entidades beneficiárias de acordos de cooperação, defrontam-se com problemas graves para conseguirem sobreviver, vendo-se obrigados a recorrer a organizações ilegais ou a sobreviver em condições por vezes muito adversas.

Por outro lado, a generalidade das organizações não lucrativas que subscrevem os acordos de cooperação são pouco sólidas sob o ponto de vista financeiro e defrontam-se com dificuldades em receber por parte dos utentes valores de co-pagamentos suficientes para cobrir os gastos (atendendo ao elevado número de pessoas com baixo nível de reformas). Deste modo quando a principal verba de financiamento (o financiamento público) é sujeita a estrangulamentos de natureza orçamental – como tem acontecido ao longo dos últimos anos em Portugal – podem ocorrer situações de “asfixia financeira” em organizações que apoiam idosos, com consequências negativas em matéria de satisfação da procura e de adequação dos cuidados prestados às necessidades dos atuais utentes (em maior número, mais velhos, mais doentes, mais dependentes e mais dementes).

Alto representante das Misericórdias em final de 2019 comentava em entrevista a um jornal que “a comparticipação do Estado tinha deixado de representar 50% a 70% dos custos e estaria então nos 37% a 40%, como resultado da evolução sofrida na sociedade portuguesa”... Segundo estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), divulgado em 2016<sup>(10)</sup> Portugal evidencia a maior taxa da Europa em matéria de cuidados informais prestados por um residente na mesma habitação e a menor taxa da Europa de prestação de cuidados não domiciliários (10,8%).

A baixa taxa de prestação de cuidados não domiciliários é muito visível quando se compara a capacidade instalada, em 2018, em equipamentos licenciados pela Segurança Social em ERPIs ou ex lares (100.000 camas) e em camas contratualizadas pela RNCCI (8.062 camas no 1º semestre de 2017), com o número de pessoas idosas com mais de 65 anos em Portugal (previsão Pordata para 2018: 2.228.751 pessoas, das quais 1.079.749 com mais de 75 anos e 654.172 com mais de 80 anos). Conclui-se que a capacidade instalada em número de camas licenciadas (108.062 camas) representa 5% da população com mais de 65 anos, ou 10% da população com mais de 75 anos ou 17% da população com mais de 80 anos...

---

crativas, e os desafios na prestação de cuidados a idosos: escassez e deficiente formação dos recursos humanos, ausência de mecanismos de qualidade, ausência de cuidados centrados na pessoa.

Lopes, A. (2016). Long-term care in Portugal: quasi-privatization of a dual system of care. In B. Greve, Long-term Care for the Elderly in Europe: Development and Prospects. Taylor & Francis Group.

(10) Entidade Reguladora da Saúde. (dezembro de 2015). Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos. Porto.

Sabe-se que é desejo das pessoas permanecer nas suas casas até o mais tarde possível, bem apoiados por cuidadores familiares e por organizações de apoio domiciliário. No entanto vale a pena também perceber até que ponto – e quantas pessoas – não saem do conforto dos seus domicílios apenas por falta de capacidade das instituições para as receber, ou por falta de capacidade financeira delas para suportar o pagamento dos serviços necessários!

Como estamos a cuidar dos nossos idosos? Com dignidade e qualidade? E como é que gostaremos nós de ser tratados?

### 3. Algumas evidências sobre acesso e funcionamento de respostas sociais existentes

#### a) Dificuldades de doentes em situação de alta hospitalar conseguirem um local adequado às suas necessidades - informação do BIS – Barómetro dos Internamentos Sociais

De há bastantes anos a esta parte que os hospitais se queixam do elevado número de camas ocupadas com *prolongamento de episódios de internamento hospitalar para além do período clínico necessário* (vulgo *internamentos sociais*), decorrente da dificuldade de os próprios hospitais, os pacientes e as famílias conseguirem, em tempo útil, nas respostas sociais existentes, locais para onde o paciente possa ser transferido. O **Barómetro dos Internamentos Sociais (BIS)** é uma iniciativa da APAH – Associação dos Administradores Hospitalares com o suporte da consultora EY e apoiada pelo Ministério da Saúde, que conta com a participação de 74% a 80% dos hospitais do SNS e que tem como objetivo estudar, medir periodicamente, dar relevo e propor soluções a esta problemática, que representa um encargo anual de 100.000€ para o Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>.

Os resultados anuais do Barómetro nos últimos três anos continuam cada vez mais preocupantes: em 2019 a média dos “internamentos sociais” foi de **98,4 dias** (mais 46% que em 2018), com **829 camas** permanentemente ocupadas (960 em 2018 e 655 em 2017), correspondendo em média a **5%/6%** das camas disponíveis nos hospitais que fazem parte da amostra situando-se **78% dos internamentos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo (41%) e na Região Norte (37%)**. As causas identificadas para esta evolução são a falta de resposta da RNCCI que evidencia crescente desfasamento entre a zona de residência dos utentes e a localização das unidades e as enormes dificuldades com que se defrontam os familiares em encontrar solução, quer no próprio domicílio quer nas respostas sociais da comunidade.

#### b) Fila de espera de doentes a aguardar vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados em 31 de dezembro de 2018

Num estudo realizado em Março de 2019, a Entidade Reguladora da Saúde evidenciou que, a **31 de dezembro de 2018**, se encontravam a aguardar vaga na RNCCI **1641 utentes**, mais 9% que no ano anterior e mais 24% que no final de 2016; e que a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo se destacava por ter 44% dos utentes em espera! O número de doentes em fila de espera corresponde a 20%

---

(11) Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2019). Barómetro de Internamentos Sociais. Obtido de <https://apah.pt/portfolio/barometro-de-internamentos-sociais/>.

das camas de cuidados continuados contratualizadas pela RNCCI no 1º semestre de 2017!<sup>(12)</sup>

Estes indicadores evidenciam as dificuldades com que os idosos mais dependentes e os seus familiares se defrontam em Portugal, para obter vagas em respostas adequadas de apoio a idosos, mesmo em situação de alta hospitalar, e sobretudo nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo. É também a razão de desespero dos próprios idosos e dos seus familiares, ao verem-se forçados a recorrer a internamentos em tantos lares ilegais com sérios riscos na qualidade dos cuidados prestados e possíveis práticas de abusos e maus tratos (só esse facto justifica um número tão elevado de lares ilegais)...

### c) Evidência de características preocupantes na prestação de cuidados em estruturas residenciais para idosos - ERPIs (ou ex lares de idosos) em Portugal

As evidências que a seguir se apresentam estão fundamentadas em estudos científicos recentes realizados nos últimos 3 anos, pretendendo-se alertar utilizadores e familiares para situações que, com grande facilidade, podem degenerar em más práticas de cuidar ou abusos e maus tratos a idosos.

Os estudos científicos consultados – que virão certamente a ser reforçadas à medida que os resultados se alargarem a mais unidades – evidenciam conclusões muito interessantes (e preocupantes) no retrato da prestação de cuidados em residências para idosos ERPIs (ex lares de idosos) em Portugal. Vale a pena tomar consciência de práticas que podem estar a enraizar-se, numa situação de falta de transparência, de negligência e de falta de respeito e de dignidade das pessoas idosas. É isto que queremos na nossa sociedade?

*Uma curta listagem de temas preocupantes em respostas para idosos:*

- O modelo atual da prestação de cuidados está baseado em tarefas e não na pessoa cuidada; há necessidade de ajustar o tempo de trabalho dos cuidadores e de cumprir o que é necessário ser feito em formato “cadeia de montagem” (higiene, tratamento da pele, vestir, realizar os posicionamentos ao longo do dia para evitar feridas, etc.) não havendo tempo para explicar aos utentes o que lhes vão fazer e porquê, não se estabelecendo qualquer tipo de relação ou ignorando os seus desejos ou opiniões...
- O idoso não é considerado um cliente; domina uma cultura que entende o serviço prestado não como um serviço que o cliente paga, mas como um serviço prestado a um grupo incompetente pelo facto de ser dependente, socialmente desvalorizado e excluído, que tem muita sorte em estar ali pois tem tudo o que precisa. Falta de dignidade e respeito pelos residentes.
- É muito difícil conseguir adaptar as regras do lar ao princípio da preservação da autonomia dos residentes. Promove-se excessivamente o uso de fraldas para evitar levar as pessoas à casa de banho quando necessitam; proíbe-se o ir sozinho à casa de banho para evitar quedas; promove-se a “imobilização física” muitas vezes sem a correta supervisão técnica, também com o justificativo de evitar quedas ou fugas.
- Atualmente cerca de 80% dos residentes têm demência; ora os rácios com base nos quais são negociados os acordos de cooperação com as organizações prestadoras de cuidados (que são

determinantes no financiamento das mesmas) estão desajustados em relação à realidade atual e é importante proceder à respetiva atualização, de molde a conseguir-se uma resposta adequada às necessidades da nova população.

- Denota-se, ainda, uma enorme fragilidade do sistema de verificação de qualidade de cuidados prestados pelas instituições portuguesas, decorrente do facto de a fiscalização não interferir nos “temas operacionais”, atuando fundamentalmente sobre requisitos técnicos para manter licenças ativas<sup>(13)</sup> e sobre documentos de registo dos cuidados prestados, logo não fiscalizando a prática dos cuidados prestados.

- A organização do trabalho é muitas vezes conflituosa, com um sistema de comunicação hierárquica deficiente, pouca prática de monitorização da qualidade dos procedimentos e grande preocupação na fixação de regras e procedimentos, que muitas vezes não são seguidos porque não percebidos ou são considerados desnecessários por quem os executa.

Ainda no âmbito do trabalho, o pessoal cuidador (*social workers*) – decisivo nestas organizações pois é quem mais contacta e mais serviços presta diretamente aos residentes – auferir salários baixos, tem uma formação deficiente, pratica horários complicados, não recebe reconhecimento pelo trabalho efetuado, tem má articulação com a estrutura hierárquica e, não raramente, sofre de carga de trabalho excessiva. Muitas vezes, os lugares de cuidadores são ocupados na sequência de situações de desemprego de longa duração de outra atividade anteriormente desenvolvida, pois existe no mercado uma grande procura destes profissionais; alguns gostam do que fazem e outros não, mas é o único trabalho que conseguem. Todo este ambiente negativo origina muita falta de paciência e autoritarismo com residentes, *burnout*, faltas, baixas e alta rotação de profissionais, perturbando ainda mais a complexa e frágil organização das unidades e colocando em perigo a qualidade dos cuidados prestados. **E a fronteira entre cuidados insuficientes, deficientes ou inadequados é muito ténue com situações de abuso e negligência**, como veremos em ponto seguinte.

## 4. A importância e dignificação do papel do Cuidador

Portugal possui a maior taxa da Europa de cuidados informais prestados por um residente na mesma habitação (12,4%)<sup>(14)</sup>. Evidenciamos insuficientes respostas sociais para acudir às necessidades da população mais velha. Sabemos que há cada vez mais pessoas a necessitar de cuidados. É fundamental reconhecer e dignificar o papel dos Cuidadores, seja dos cuidadores familiares seja dos cuidadores profissionais que trabalhem em domicílios ou em organizações especializadas.

Cuidar de alguém implica um conjunto de atos que tem por função ajudar a viver. É uma tarefa muito exigente e socialmente pouco valorizada. O Cuidador desenvolve a sua atividade apoiando no quotidiano pessoas vulneráveis e dependentes. Em regra, não está preparado para a complexidade das situações com que se vai confrontando, nomeadamente os relacionados com sentimentos e emoções, comunicação com pessoas fragilizadas e vulneráveis, solidão e *burnout*, apoio nas atividades da vida diária - AVD (vestir,

(12) Entidade Reguladora da Saúde. (4 de março de 2019). Informação de Monitorização: Acesso à Rede de Cuidados Continuados Integrados.

(13) Lopes, A. (n.º 9).

(14) Entidade Reguladora da Saúde (n.º 10).

despir, calçar, higiene pessoal, mobilidade, auto cuidado), e apoio nas atividades instrumentais da vida diária - AIVD (ir às compras, gerir o dinheiro, utilizar o telefone, limpar a casa, cozinhar, utilizar transportes), promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada, declínio funcional, problemas de demência, posicionamentos mobilidades e transferências e relação com profissionais de saúde e de apoio social.

O Cuidador necessita estar informado sobre as competências básicas do cuidar, quer seja ele a praticar os cuidados necessários, quer para supervisionar o trabalho de outros.

Reconhecendo a necessidade de transmitir conhecimentos científicos atualizados, com uma linguagem clara e acessível para o quotidiano da prestação de cuidados, a **Advita - associação para o desenvolvimento de novas iniciativas para a vida**, produziu com apoio de pessoal técnico especializado de norte a sul do país e o especial apoio da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL, doze filmes e sete manuais sobre as competências básicas dos cuidadores: sentimentos e emoções do cuidador, apoio nas atividades da vida diária, cuidados centrados na pessoa, comunicação na relação do cuidar, posicionamentos mobilidades e transferências, princípios básicos nas demências, e prevenção e controlo de infeção (em ambiente residencial e em ambiente hospitalar, lavagem das mãos e isolamento de doentes infetados). No site da Advita ([www.advita.pt](http://www.advita.pt)) e no *youtube* estão livre e gratuitamente disponíveis os filmes e manuais produzidos. Na área de informação a cuidadores de pessoas com demência, para além do manual e filme da Advita sobre o tema, recomenda-se o acesso (também livre e gratuito) ao *Programa Rhapsody*, um programa completo de apoio a cuidadores de pessoas com demência precoce que pode ser visionado quer via site da Advita ou da Associação de Alzheimer Portugal ou do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, com o link <http://www.young-dementia-guide.pt>.

Toda esta informação, livre e gratuitamente disponível para o público em geral, permite a preparação e informação dos Cuidadores para a difícil tarefa de Cuidar na tranquilidade da sua casa ou nas instituições onde trabalham, individualmente ou em grupos de formação organizada.

## **5. Abuso e Maus Tratos a Idosos: é preciso quebrar o tabu e informar os cidadãos para se preocuparem em assegurar para si e para os seus próximos uma vida com dignidade, apoiada em cuidados e assistência de qualidade**

A problemática da violência e dos abusos contra idosos tem ganho maior visibilidade social com o envelhecimento demográfico que caracteriza a sociedade atual e marca o séc. XXI. Várias organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Europeia (CE) e a Organização das Nações Unidas (ONU), têm dado prioridade, nas suas agendas políticas, ao fenómeno que, segundo a OMS, constitui atualmente um dos principais problemas de saúde pública do mundo<sup>(15)</sup>.

(15) World Health Organization. (8 de June de 2018). Elder Abuse: Key Facts. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

Segundo a OMS, o abuso contra idosos é um ato ou conduta, simples ou repetido, ou uma omissão de uma ação apropriada (também descrita como negligência), intencional ou involuntária, que ocorre no âmbito duma relação em que haja expectativa de confiança – entre agressor/a e vítima – e que provoca consequências traduzidas em dano físico ou mental a uma pessoa mais velha, nomeadamente sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução da qualidade de vida. Podem-se distinguir cinco tipos de violência: física, psicológica, financeira, sexual e negligência.

A violência começou por se identificar no seio da família, mas reveste grande importância também a nível das instituições.

O texto que se segue é uma síntese do documento acima mencionado sobre um fenómeno que tem vindo a ganhar cada vez mais relevância com o envelhecimento demográfico:

“(…) um estudo de 2017 baseado em 52 estudos em 28 países estimou que nesse ano 15,7% das pessoas com mais de 60 anos foram sujeitas a uma forma de abuso. E esta taxa encontrar-se-á muito subestimada pelo facto de apenas 1 em 24 dos casos de abusos contra idosos serem denunciados às autoridades, em parte porque as vítimas tenham receio, medo ou vergonha de denunciar abusos de familiares e amigos”;

...ainda é difícil conhecer a extensão do problema em instituições como hospitais, lares e outras organizações de cuidados de longa duração. Contudo existem meta-análises de abusos contra idosos em instituições que sugerem que as taxas de abuso serão ainda mais elevadas aí que em outras organizações da comunidade. Atos abusivos em instituições podem incluir “restrição física” de doentes, tratamento com falta de dignidade (por exemplo deixando-os com roupas sujas), providenciando cuidados insuficientes (por exemplo deixando desenvolver úlceras de pressão por não alteração de posicionamentos); fornecendo medicação em excesso ou insuficiente, roubando medicação dos doentes e outras formas de negligência e abuso.

A violência contra idosos é um problema de Saúde Pública e de justiça criminal e de direitos humanos, que se agrava à medida que a população envelhece. Não é um problema novo, mas tem vindo a agravar-se com o envelhecimento demográfico, e com as atitudes negativas da sociedade para com as pessoas mais velhas em situação de maior dependência e fragilidade.

### 5.1. Violência doméstica contra pessoas idosas em Portugal

Apresentam-se seguidamente as principais conclusões de um **estudo sobre violência doméstica em ambiente familiar em Portugal divulgado em 2015**<sup>(16)</sup>.

*População alvo:* 510 pessoas com mais de 60 anos, residentes em Portugal, em domicílio particular, que – entre novembro de 2011 e março de 2013 - apresentaram queixa de serem vítimas de alegada violência doméstica junto do Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge em Lisboa, do Instituto de Medicina Legal e

(16) Gil, A. P. (2015). Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. Cad. Saúde Pública, 31(6), 1234-1246.

Ciências Forenses de Coimbra, da Guarda Nacional Republicana de Alcábaldeche (GNR) e da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV).

*Género e idade das vítimas:* maiores de 60 anos, predominantemente mulheres (78%), com média de idades de 70,7 anos, tendo-se verificado uma predominância de níveis etários mais baixos (49,8% entre os 60 e 69 anos).

*Agressores:* predominantemente membros da família nuclear, nomeadamente cônjuge/companheiro, filhos/enteados, filhas/enteadas.

*Tipos de violência exercida:* violência física (87,8%), violência psicológica (69,6%), violência financeira (47,5%), violência sexual (7,5%) e violência por negligência (6,5%). Situações de polivitimização mencionadas por 74,1% das vítimas.

Tipos de violência	Condutas analisadas
Física	Agredir (empurrar, bater, amarrar, agarrar, etc), trancar num quarto ou impedir acesso a toda a casa; impedir de falar ou estar com outras pessoas.
Psicológica	Gritar, ofender, insultar, humilhar. Recusar a falar, ignorar, desprezar. Ameaçar.
Financeira	Roubar ou utilizar objetos e bens sem autorização. Forçar a pessoa a conceder direitos legais. Apropriação da casa por terceiros. Não participação de despesas domésticas, após ter sido acordado.
Sexual	Sujeitar sem consentimento a algum contacto do tipo sexual.
Negligência	Pessoa com situação de incapacidade a viver num espaço sem condições de higiene ou segurança ou não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação.

## 5.2. Pessoas idosas vítimas de crime e violência: os números registados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima APAV entre 2013 e 2018

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) publica regularmente relatórios estatísticos nos quais dá conta dos números e caracterização dos casos que acompanha. De acordo com o relatório "Estatísticas APAV – Pessoas Idosas Vítimas de Violência contra Pessoas Idosas 2013-2018"<sup>(17)</sup>, naquele período de tempo, a APAV registou um total de 6.878 processos de apoio a pessoas idosas, dos quais 5.482 foram considerados vítimas de crime e de violência.

Em todos os anos daquele período, o número mais elevado de vítimas tinha entre 65 e 69 anos e 78,95% do número total vítimas idosas apoiadas pela APAV eram vítimas do sexo feminino, enquanto que 68,11% dos/as autores/as do crime eram do sexo masculino.

Quanto à relação da vítima com o/a autor/a do crime, em 36,5% dos casos, a vítima era pai ou mãe do autor/a e em 27,5% das situações, o crime ou incidente violento foram perpetrados pelo cônjuge da vítima.

(17) Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2019). "Estatísticas APAV – Pessoas Idosas Vítimas de Violência contra Pessoas Idosas 2013-2018". Disponível em: [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Pessoas\\_Idosas\\_2013\\_2018.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2013_2018.pdf).

Relativamente ao tipo de família, 42% das pessoas idosas vítimas de crime e de violência, eram casadas, e 30,5% pertenciam a um tipo de família nuclear com filhos.

Por último, importa destacar que em todos os anos de registo apresentados neste relatório, a grande maioria das vítimas acompanhadas pela APAV experienciava situações de vitimação continuada e apenas 34,39% das mesmas apresentou queixa ou denúncia às autoridades, evidenciando que, em 66% dos casos as vítimas têm receio, medo ou vergonha de denunciar abusos de familiares e amigos às autoridades! Como se menciona no início do ponto 5 a OMS estima que apenas 1 em cada 24 casos de abusos contra idosos serem denunciados às autoridades, exatamente pelas mesmas razões.

## Conclusão

É necessário promover uma atitude de **intolerância** da sociedade portuguesa para com situações de maus tratos, negligência e violência com idosos em Portugal. Para isso é indispensável um maior reconhecimento público dos direitos, das necessidades e da realidade do apoio a pessoas idosas. E a **comunicação** é fundamental para a sensibilização dos cidadãos a estes temas, descodificando em linguagem acessível matéria que até à data se tem circunscrito aos profissionais das áreas da Segurança Social e da Solidariedade. Cuidar dos mais velhos é hoje um dever de cidadania das sociedades modernas!

E termino agradecendo às Dras. Marta Carmo e Patricia Rodrigues da APAV a sua disponibilidade e amabilidade no apoio na revisão do artigo.





# Fatores de Risco na Negligência e Maus-tratos a Pessoas Idosas: O Projeto AGED como uma Resposta de Boas Práticas na Avaliação de Risco

Iris Almeida, Ricardo Ventura Baúto, Belmira Fernandes & Cristina Soeiro



## Introdução

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas, na Europa, dos dados disponibilizados pelo Eurostat, entre 2010 e 2016, observou-se um aumento da proporção de idosos, de 17.6% para 19.4%. Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo de pessoas jovens e em idade ativa na população total, prevê-se que até ao ano 2080, o índice de envelhecimento duplique, passando de 155 para 309 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018). A população idosa, com 65 e mais anos de idade, poderá passar de 2.2 para 2.8 milhões de pessoas, entre 2017 e 2080 (INE, 2018).

Perante esta alteração da estrutura social, com o aumento progressivo da população idosa, surge também um maior impacto da violência neste grupo etário, sendo este tipo de violência reconhecido como uma questão social e de saúde pública, envolvendo uma multiplicidade de manifestações de atos violentos (Schraiber, D'Oliveira & Couto, 2006).

Dadas as circunstâncias atuais, não se afigura possível contornar o facto que este artigo é escrito numa época de exceção e especial incerteza. Numa fase em que o mundo e cada um de nós luta, como pode, contra a pandemia por infeção de COVID-19, a necessidade e especial relevância do confinamento social, faz emergir as preocupações acerca do impacto que esta permanência contínua e prolongada, poderá ter no seio dos núcleos familiares e das instituições. O afastamento social, institucional, e até, dos serviços

de saúde e entidades prestadoras de cuidados, deixa-nos a todos expectantes acerca da forma de como poderemos proteger os nossos idosos, face à possibilidade de incremento dos fatores de risco, por via de elementos stressores adicionais ao momento que vivemos. Assim, e, não obstante do mencionado, apresentamos uma sistematização daquilo que até à data, a ciência e a prática, juntas, sabem sobre como avaliar, prever e gerir as situações de violência contra, as nossas, pessoas idosas.

## Violência contra Pessoas Idosas

Considera-se como sendo violência contra idosos, qualquer ação ou omissão, isolada ou repetida, quer seja intencional ou não, que cause qualquer dano ou sofrimento à pessoa idosa, que ocorra em qualquer relacionamento em que exista expectativa de confiança/segurança (WHO, 2016). Deste modo, o maltrato contra a pessoa idosa é uma grave violação dos direitos humanos que requer uma resposta urgente e apropriada (Dong, Simon, Gorbien, Percak, & Golden, 2007; Gutman & Yon, 2014), principalmente no contexto social em que vivemos atualmente.

Aquando a presença de violência contra o idoso, pressupõe-se a existência de algum tipo de dano físico, privação ou exposição a perigos desnecessários, que pode ser física, psicológica, financeira, sexual, ou pode surgir sob a forma de negligência, quer seja intencional ou não (Olmo et al., 2009; WHO, 2016). Consequentemente, todo e qualquer tipo de violência contra o

idoso é uma grave violação dos direitos humanos, não indo ao encontro de toda a evolução social que se tem feito nesse sentido (Reis, Gomes, Reis, Menezes, & Carneiro, 2014).

A violência nesta faixa etária, tem sido categorizada como um problema com prevalência elevada, que resulta em graves consequências para a vítima (Olmo et al., 2009). Existindo o risco de morte prematura, um aumento do uso dos serviços médicos em situações de emergência e/ou hospitalização e uma agravação da saúde física (Momtaz, Hamid, & Ibrahim, 2013). Este tipo de violência é resultado não só de um fator, mas de vários que atuam em conjunto (Pérez-Rojo, Izal, Montorio, & Penhale, 2009).

## **Avaliação de risco de Violência**

A avaliação de risco é baseada em conhecimento empírico, existindo para isso estudos abrangentes dos fatores de risco e respetiva especificação dos níveis de risco. O processo da avaliação de risco é feito através da recolha sistemática de informação que permite uma identificação de indicadores de violência, avaliando o tipo de risco, a severidade, eminência, frequência e impacto (Douglas & Kropp, 2002). Este tipo de avaliação pode ser feito através de entrevistas de avaliação, de recolha processual e/ou de informação colateral (Pueyo & Echeburúa, 2010).

O papel da avaliação de risco passa por identificar os eventuais fatores de risco, vulnerabilidade e proteção, analisar esses resultados e prever os diferentes níveis de risco. Posto isto, dever-se-á gerir o risco, para o reduzir ou preferencialmente para o eliminar (Pueyo & Echeburúa, 2010; Douglas & Kropp, 2002).

Como abordagem para este tipo de avaliação de risco, considera-se como mais adequada a utilização do Juízo Profissional Estruturado, pois facilita a tomada de decisão para gerir o risco, sendo considerada uma metodologia de primeira geração para a avaliação de risco (Pueyo & Echeburúa, 2010). Este processo identifica fatores de risco, quer sejam estáticos ou dinâmicos, assim como possibilita o desenvolvimento de estratégias de prevenção para a gestão do risco. Desta forma é possível fazer uma ligação entre os fatores de risco e a própria gestão/intervenção (Douglas, & Kropp, 2002). Detém por isso uma análise mais flexível e mais baseada na prevenção, contrariamente à abordagem atuarial e ao juízo profissional não estruturado (Storey, 2020).

## **Fatores de vulnerabilidade e risco de violência contra pessoas idosas**

Os fatores de vulnerabilidade, relativos à vítima, dizem respeito a características que quando presentes num determinado contexto e/ou indivíduo, predizem um aumento da probabilidade de existência de violência, pois a vítima encontra-se mais suscetível ao risco. Aqui, damos destaque a alguns dos mais proeminentes fatores identificados pela literatura de referência.

Considera-se que quanto maior a idade, maior a vulnerabilidade da pessoa idosa, sendo por essa razão a idade, um fator relevante a considerar (Jeon et al., 2019; Torres et al., 2017). Os fatores de

vulnerabilidade presentes na ocorrência de violência, enquadram vítimas do sexo feminino, inseridas numa faixa etária acima dos 60 anos, sendo que a violência tem tendência a acentuar-se a partir dos 80 anos (Bruele et al., 2019; Guedes et al., 2015; Johannesen & Logiudice, 2013; Pillemer et al., 2016; Santos et al., 2013; Yon et al., 2018). Todavia, há dificuldades na comparação da prática de violência entre sexos nesta faixa etária, uma vez que, grande parte dos estudos aborda a violência sobre as vítimas mulheres, limitando o conhecimento acerca das diferenças de género (Guedes et al., 2015). Para muitas mulheres, a violência pode ser a continuidade de situações de violência doméstica no passado (Jeon et al., 2019).

É definido por determinados estudos que a etnia contempla um fator de vulnerabilidade, porém não é um fator de análise clara, uma vez que não é mencionado que tipo de grupos étnicos têm maior propensão para a vitimação (Bows, 2017; Day et al., 2017). Bows (2017) defende que as mulheres idosas caucasianas, apresentam, de forma geral, um risco de violência mais elevado, em comparação com outras etnias, embora haja dificuldade em fazer estas comparações por escassez de estudos.

Viver em ambientes rurais pode, também, potenciar a violência, pois tendencialmente existem crenças elevadas de legitimação de violência, levando a que, muitas das vezes, haja determinados comportamentos que não são classificados como sendo violentos (Killick, Taylor, Begley, Anand, & O'Brien, 2015).

Verifica-se que o consumo excessivo de álcool, por parte das vítimas, se relaciona com o aumento de violência sofrida, uma vez que tal consumo as pode deixar mais vulneráveis e, também, mais reativas face a determinados comportamentos (Johannesen & Logiudice, 2013).

Embora grande parte dos estudos acerca da violência sobre pessoas idosas exclua indivíduos com problemas cognitivos e comportamentais (e.g. demência), é notório, através daqueles que os incluem, uma forte associação com a existência de comportamento violento (Pillemer et al., 2016). Idosos com dificuldades cognitivas, problemas comportamentais, doenças psiquiátricas ou problemas psicológicos, apresentam maior risco de violência, pois a sua vulnerabilidade aumenta e a sua capacidade de defesa a comportamentos violentos diminui (Burnes et al., 2015; Day et al., 2017; Johannesen & Logiudice, 2013; McCausland, Knight, Page, & Trevillion, 2016; Pillemer et al., 2016; Torres et al., 2017; Yon et al., 2018). Muitas das vezes as vítimas apresentam deficiências motoras e incapacidade em se defenderem, que por sua vez se relaciona, em parte, com a existência de dificuldades económicas, baixo rendimento, não utilização de serviços de saúde necessários e isolamento (Burnes et al., 2015; Johannesen & Logiudice, 2013). A estas fragilidades de saúde, vêm associadas questões de dependência física e muitas vezes emocional, associadas ao declínio da idade avançada, sendo dos fatores de risco com mais impacto na vida das vítimas, visto haver uma elevada probabilidade de estas virem a depender de alguém ou de algum serviço (Bows, 2017; Bruele et al., 2019; Day et al., 2017; Penhale, 2010).

Indivíduos com rendimentos escassos e com dificuldades no apoio social, apresentam maior propensão a vivenciarem situações de violência (Bows, 2017; Bruele et al., 2019; Burnes et al., 2015; Day et al.,

2017; Johannesen & Logiudice, 2013; Yon et al., 2018). Esta escassez económica pode desenvolver uma dependência financeira da vítima para com o agressor, constituindo também essa dependência um risco para vítima (Altintas, & Aslan, 2019; Pillemer et al., 2016).

A falta de acompanhamento por parte dos serviços sociais e das diversas instituições, é também um fator que importa mencionar, pois quando o apoio social é baixo ou inexistente, criando muitas das vezes isolamento social, existe uma grande probabilidade de ocorrer violência no seio familiar da vítima (Bows, 2017; Bruele et al., 2019; Jeon et al., 2019; Johannesen & Logiudice, 2013). Crenças negativas sobre o envelhecimento, que incluam atitudes e estereótipos em relação à pessoa idosa, contribuem para uma normalização da violência e perpetuação desse comportamento violento (Pillemer et al., 2016).

Por norma, as vítimas tendem a coabitar com outros indivíduos, porém a desenvolver poucos laços sociais (Penhale, 2010). Aos altos níveis de vitimação estão também associados a baixos níveis de educação (Bows, 2017; Jeon et al., 2019).

É também pertinente mencionar que a violência contra as pessoas idosas está relacionada com o(a) agressor(a) e o ambiente familiar onde a vítima está inserida (Chokkanathan, 2015). Um mau relacionamento familiar aumenta a vulnerabilidade das vítimas, potenciando o risco a que estão sujeitas (Jeon et al., 2019; Altintas, & Aslan, 2019). É por isso necessário ter-se em consideração, as características dos idosos, dos membros da família, bem como o ambiente familiar envolvente, sendo que pertencer a uma família disfuncional aumenta a probabilidade de violência (Chokkanathan, 2015; Torres et al., 2017).

Posto isto, como fatores de proteção, associados aos mecanismos de *coping* da vítima e fatores de resiliência da vítima, surgem: o suporte social e integração numa rede social, um ambiente familiar harmonioso, características de personalidade capazes de reduzir o impacto da vitimação, estratégias de *coping*, estado de saúde saudável e proatividade na manutenção da sua condição (Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016).

No que diz respeito aos fatores de risco, estes permitem prever a reincidência de determinados comportamentos violentos e por esse motivo, devem ser conhecidos e estudados para que haja uma predição do comportamento criminal, diminuindo dessa forma o risco de violência no futuro. Os fatores de risco no contexto da violência sobre pessoas idosas são diversos e surgem associados, na sua maioria, a indivíduos do sexo masculino, geralmente conhecidos da vítima, podendo ser o cônjuge, membros da família ou amigos, em que seria expectável a existência de uma relação de cuidado e confiança (Bows, 2017; Bruele et al., 2019).

O(a) agressor(a) encontra-se, muitas vezes, em situações de desemprego, existindo uma relação de dependência financeira com a vítima (Johannesen & Logiudice, 2013; Killick et al., 2015; Pillemer et al., 2016). Associados a estas problemáticas estão o abuso de substâncias e históricos de doenças mentais, acabando por provocar défices nas estratégias de *coping*, aquando no papel de cuidadores (Bows, 2017; Bruele et al., 2019; Johannesen & Logiudice, 2013; Penhale, 2010; Pillemer et al., 2016). Os fatores supra indicados

podem não só contribuir para o desenvolvimento de situações de violência como dar-lhes continuidade (Penhale, 2010).

O *stress* causado pelo papel do cuidador pode criar uma complexa dinâmica familiar, podendo resultar em comportamentos violentos (Bruele et al., 2019; Day et al., 2017; Johannesen & Logiudice, 2013; Killick et al., 2015). Muitas das vezes o *stress* está diretamente associado à inexperiência enquanto cuidadores e à sobrecarga de cuidados. Pode também advir das condições económicas existentes, pois situações de escassez financeira e/ou baixos recursos económicos estão diretamente arroladas com o aumento de violência para com as pessoas idosas (Johannesen & Logiudice, 2013; Penhale, 2010).

Há uma associação entre os laços familiares deficitários e as relações conflituosas (e.g. desarmonia familiar), e os baixos níveis de apoios sociais e violência perpetrada (Day et al., 2017). A coabitação e uma relação de dependência entre o(a) agressor(a) e a vítima são fatores de risco de grande impacto em situações de violência, nomeadamente quando o(a) agressor(a) é um descendente que se encontra com matrimónio contraído ou solteiro (Jeon et al., 2019; Penhale, 2010; Pérez-Rojo et al., 2009).

Bows (2017) refere a existência de estudos que defendem a presença de antecedentes criminais ou até mesmo condenações prévias de uma minoria significativa de agressores, relacionadas com violência sexual ou outros crimes. Considera-se, também, como fator de risco a existência de histórico de situações violentas no passado por parte do(a) agressor(a), comprometimentos cognitivos e comportamentais, constituem também fatores de risco (Johannesen & Logiudice, 2013).

## Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence

Cientes de que esta problemática se encontra ainda muito aquém do estudado, principalmente no que à realidade portuguesa diz respeito, procurou-se sistematizar a informação conhecida acerca dos principais fatores de risco associados à negligência e maus-tratos contra pessoas idosas, por forma a desenvolver um instrumento que permita uma fiável prognose deste tipo de comportamentos. Embora existam alguns instrumentos que procuram dar resposta a esta necessidade de avaliação (e.g. QEEA; Arney, Kahan & Paris, 2003; adaptado por Ferreira-Alves & Sousa, 2005), optou-se pelo desenvolvimento de uma ferramenta que desse resposta às características sociais e culturais do contexto nacional.

Desta feita, surge em 2016 um grupo de trabalho, impulsionado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em associação com a Egas Moniz - Cooperativa de Ensino Superior, Crl (Egas Moniz; onde se inclui o Instituto Universitário Egas Moniz e o Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz), tendo-se juntado a Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto (EC-FDUP) e o Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa (DIAP Lisboa), com o intuito de desenvolver uma metodologia de avaliação que viria a ser designada por *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED).

A necessidade de existência de um instrumento que permita realizar

um levantamento dos fatores de risco mais prementes na avaliação de situações deste tipo, surge em paralelo com um aumento dos casos de negligência e maus-tratos perpetrados contra pessoas idosas. Nomeadamente, num estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (Sethi et al., 2011) que envolveu 53 países, refere em Portugal, 39% das pessoas idosas são vítimas de maus-tratos, colocando, assim, Portugal no grupo dos cinco países europeus onde ocorrem mais situações de violência sobre pessoas idosas.

O AGED não é um instrumento psicológico, pois procura que a sua utilização seja feita de forma transversal por todos os profissionais que atuam no terreno, na qualidade de Técnicos de Apoio à Vítima (TAV), não tendo necessariamente de ter formação em psicologia.

Assim, os pressupostos de utilização do instrumento implicam o conhecimento profundo dos fatores de risco conhecidos, mas igualmente reforçados por uma lógica de gestão do risco, o que levou à inclusão de fatores de proteção, da vítima e do agressor, assim como da análise contextual, que poderá contribuir de forma direta ou indireta para o nível de risco identificado.

Assim, após uma sistematização da literatura existente sobre o tema, identificaram-se e compilaram-se os principais fatores de risco, tendo este assumido um formato de *checklist*, com um sistema de cotação por *presente, possível/parcialmente presente, ausente, não se aplica e sem informação*. Embora assumo o formato de *checklist*, a sua análise deriva, nesta fase, num formato de *Juízo Profissional Estruturado*. Após o desenvolvimento de três versões de investigação, o AGED apresenta neste momento um total de 43 itens, divididos por quatro áreas principais e uma suplementar, nomeadamente, 12 itens com *fatores de vulnerabilidade da vítima* (e.g. demência; recusa de cuidados necessários), 14 itens com *fatores de risco do agressor* (e.g. expectativas irrealistas; culpabilização de terceiros), 10 itens com *fatores externos, contextuais e relacionais* (e.g. inexperiência como cuidados; violência intergeracional), 3 itens com *fatores de proteção da vítima/contexto* (e.g. estratégias de coping) e 4 itens de *fatores em espaço institucional*, sendo que este é aplicado, apenas, em situações onde a vítima já se encontre institucionalizada ou a frequentar centro de dia (e.g. excesso de trabalho dos funcionários). Finalmente, é ainda possível o preenchimento autónomo, por parte do aplicador, no campo de *outras considerações*, onde o/a técnico/a poderá fundamentar a existência de outros fatores que contribuam para a avaliação e gestão do risco de violência, que não estejam contemplados no AGED.

A importância da utilização de um instrumento deste tipo, como recurso essencial, no apoio, ao já exaustivo trabalho, das equipas de profissionais que se encontram no terreno a trabalhar com estas temáticas é essencial. Contudo, e numa ótica disseminação da utilidade desta metodologia, a totalidade dos gestores e gestoras de gabinete dos Gabinetes de Apoio à Vítima da APAV, frequentaram formação com a equipa de projeto e auxiliaram de forma ativa no seu ajustamento. Paralelamente, e como suporte a essas ações, foi construído um manual de utilização com fundamentação teórica à cotação dos itens, assim como a construção de um guião de entrevista, por forma a padronizar a sua aplicação e recolher dados para validação posterior.

A investigação científica, capaz de validar o trabalho desenvolvido

tem vindo a ser promovida permitindo ter uma perspetiva de adequação à sua aplicabilidade.

Um estudo de Andrade (2017), partiu da análise documental de 123 processos de apoio à vítima, referentes a pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos que recorreram presencialmente aos serviços da APAV, no ano de 2016, tendo essa informação sido organizada pelas áreas anteriormente descritas do instrumento. Aqui, verificou-se que os fatores de vulnerabilidade mais prevalentes nas vítimas, era a presença de problemáticas associadas à saúde mental (especialmente ao nível demencial), às condições físicas, e ainda historial de vitimação no passado. Relativamente aos fatores de risco dos agressores, estes derivavam essencialmente dos problemas de abuso de substâncias, comportamentos agressivos contra a vítima, problemas financeiros e ter sido perpetrador de violência doméstica no passado. Ao nível das dinâmicas relacionais, identificou-se a dependência do agressor, a exposição à violência intergeracional, o historial de conflitos familiares ou conjugais e a coabitação como principais elementos a ter em conta. Dada a análise retrospectiva, verifica-se que os fatores de proteção não são, em regra, contemplados pelas diferentes instituições, deixando estas informações em aberto, ainda que constitua uma mais-valia na gestão do risco.

Mais recentemente, Fernandes (2020), procurou constituir grupos, por forma a traçar padrões sobre as formas de violência e os fatores de risco dos(as) agressores(as) e vítimas envolvidas em situações de violência sobre pessoas idosas. Nesta amostra, as vítimas apresentavam idades compreendidas entre os 66 e os 97 anos ( $M=81.7$ ;  $DP=6.61$ ), dos quais 41 são do sexo feminino (80.4%) e 10 do sexo masculino (19.6%). Por sua vez, os(as) agressores(as) apresentaram idades compreendidas entre os 19 e os 92 anos ( $M=54.$ ;  $DP=18.79$ ), em que 38 indivíduos são do sexo masculino (74.5%) e 12 do sexo feminino (23.5%). Os resultados obtidos nesta investigação, permitiram identificar três padrões de violência: 'Violência Instrumental numa relação vítima-cuidador' (45.1%), à 'Violência Intrafamiliar com agressões instrumentais (29.4%)' e à "Violência Conjugal numa relação vítima-agressor (25.4%)". O primeiro padrão caracteriza-se por existir um aumento da intensidade das agressões físicas, psicológicas e financeiras a longo prazo e situações de negligência onde o(a) agressor(a) não assegura os cuidados básicos da vítima. O segundo padrão engloba injúrias e/ou ameaças/coação, motivadas por questões financeiras e um aumento significativo da frequência de violência nos últimos 12 meses e de intensidade nos últimos 2 meses. Finalmente, o terceiro padrão engloba agressões que podem provocar ferimentos, geralmente não existem situações de violência financeira ou psicológica, nem aumento de frequência da violência no último ano. Os resultados obtidos nesta investigação, permitiram traçar as características dos(as) agressores(as) e vítimas envolvidas em situações de violência contra pessoas idosas, encontrando padrões de violência que nos permitem concluir que o AGED é um instrumento relevante, no que diz respeito ao futuro das avaliações de risco de violência contra pessoas idosas, pois permite fazer um levantamento dos fatores de risco mais prementes e com maior impacto na avaliação de situações de risco de violência, sendo pioneiro no contexto nacional.

## Considerações Finais

A emergência demográfica de um aumento exponencial de população idosa nos países mais desenvolvidos tem vindo a ser uma das maiores preocupações ao nível das cifras negras existentes acerca da sua exposição direta ou indireta a maus-tratos e negligência. A dependência do agressor, muitas vezes, mais que física, mas emocional, associadas com a falta de acesso a cuidados de saúde ou outras estruturas de retaguarda, remete para um silêncio acentuado, o acesso a estes casos e a estas pessoas. Nesta perspetiva, a existência de um projeto como o AGED, tinha, e tem, a pretensão de auxiliar os profissionais que diariamente se dedicam no terreno a procurar identificar e proteger as vítimas destas situações. O período de exceção que vivemos, por via da Pandemia Mundial provocada pelo Covid-19, incrementa as nossas preocupações, ao vermos a indispensável necessidade de afastamento e isolamento social, algo que sabemos ser delicado, face às características deste fenómeno, várias vezes identificado pela aproximação de terceiros, quer sejam familiares, vizinhos ou instituições terceiras. Fica a incerteza do que as próximas semanas ditarão ao nível dos números desconhecidos. Torna-se quase paradoxal, que num esforço crescente dos últimos anos para promover a proteção destas vítimas, se procurasse a diminuição do seu isolamento, nos resta como alternativa à sua proteção física, a um vírus que parece tê-los como alvo preferencial, remete-los ao que sabemos ser perigoso, ainda que necessário.

Acreditamos por isso, que metodologias de trabalho, rigorosas, balizadas em princípios sérios e claros do trabalho científico, possam auxiliar a ultrapassar tais barreiras, melhor dotando os profissionais no terreno, de elementos que lhes permitam mais facilmente detetar, e principalmente legitimar, ações concretas e eficazes para a diminuição da vitimação desta população tendencialmente mais vulnerável. A capacidade de análise determinada pelo recurso ao AGED não é a solução, é apenas parte dela, que quando conjugada com políticas públicas e o habitual empenho de quem diariamente dá a cara pela proteção das vítimas, se afigura ser, a construção de mais um caminho.

## Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todos/as aqueles/as que de alguma forma têm estado ligados a este projeto, desenvolvendo e investindo o seu tempo de forma abnegada e altruísta, na resposta a uma necessidade maior. Bem hajam por isso.



## Referências

- Altintas, H., & Aslan, G. (2019). Prevalence of elder abuse among community-dwelling older adults in Turkey and its associated factors. *Psychogeriatrics*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/psyg.12446>
- Andrade, B. (2017). *Pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar: Avaliação do risco* (Tese de mestrado). Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Bows, H. (2017). Sexual violence against older people: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1–17. doi:10.1177/1524838016683455.
- Bruere, A. B., Dimachk, M., & Crandall, M. (2019). Elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35, 103–113. doi: 10.1016/j.cger.2018.08.009.
- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P., Mason, A., Henderson, C., Berman, J., ... Lachs, M. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, 1906–1912. doi: 10.1111/jgs.13601.
- Chokkanathan, S. (2015). Stressors social support and elder mistreatment. *Aging and Mental Health*, 21(2). doi: 10.1080/13607863.2015.1081151.
- Day, A., Boni, N., Evert, H., & Knight, T. (2017). An assessment of interventions that target risk factors for elder abuse. *Health and Social Care in the Community*, 25(5), 1532–1541. doi:10.1111/hsc.12332.
- Dong, X., Simon, M. A., Gorbien, M., Percak, J., & Golden, R. (2007). Loneliness in older Chinese adults: A risk factor for elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11). doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01429.
- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617–658. doi: 10.1177/009385402236735.
- Fernandes, M. B. (2020). *Formas de violência e fatores de risco em idosos: Estudo exploratório com o Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)* (Tese de mestrado). Instituto Universitário Egas Moniz.
- Guedes, D., Alvarado, B., Phillips, S., Curcio, C., Zunzunegui, M., & Guerra, R. (2015). Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(3), 492–500. doi: 10.1016/j.archger.2015.01.010.
- Gutman, G. M., & Yon, Y. (2014). Elder abuse and neglect in disasters: Types, prevalence and research gaps. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 10, 38–47. doi: 10.1016/j.ijdr.2014.06.002.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Projeções de população residente em Portugal*. Retirado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Jeon, G., Cho, S., Choi, K., & Jang, K. (2019). Gender differences in the prevalence and correlates of elder abuse in a community-dwelling older population in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(100). doi: 10.3390/ijerph16010100.
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42, 292–298. doi: 10.1093/ageing/afs195.
- Killick, C., Taylor, B., Begley, E., Anand, J., & O'Brien, M. (2015). Older people's conceptualization of abuse: A systematic review. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 27(2), 100–120. doi: 10.1080/08946566.2014.997374.
- McCausland, B., Knight, L., Page, L., & Trevillion, K. (2016). A systematic review of the prevalence and odds of domestic abuse victimization among people with dementia. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 475–484. doi:10.1080/09540261.2016.1215296.
- Momtaz, Y., Hamid, T., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of elder abuse. *The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 13, 182–188. doi: 10.1111/psyg.12009.
- Olmo, J., Pujol, X., Pousa, S., Juvinyà, D., Vilà, A., & Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 815–822. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02221.
- Penhale, B. (2010). Responding and intervening in elder abuse and neglect. *Ageing International*, 35, 235–252. doi: 10.1007/s12126-010-9065-0.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17–21. doi: 10.1016/j.archger.2008.04.005.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), 194–205. doi: 10.1093/geront/gnw004.
- Pueyo, A., & Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403–409.
- Reis, L., Gomes, N., Reis, L., Menezes, T., & Carneiro, J. (2014). Expression of domestic violence against older people (Expressão da violência intrafamiliar contra idosos). *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, 434–439. doi: 10.1590/1982-0194201400072.
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53–77. doi: 10.7458/SPP2013722618.
- Schraiber, L., D'Oliveira, A. & Couto, M. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista Saúde Pública*, 40, 112–120. doi: 10.1590/S0034-89102006000400016.
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellies, M. A., Penhale, B., Marmolejo, I. I., Lowenstein, A., Manthorpe, G., & Kärki, F. U. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101339. doi: 10.1016/j.avb.2019.101339.
- Torres, J., Silva, R., Mendes, M., Andrade, B., Goergen, T., & Borrego, M. (2017). Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. doi: 10.1590/1518-8345.1871.2932.
- Yon, Y., Gonzalez, M., Mikton, C., Huber, M., & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 0(0), 1–10. doi:10.1093/eurpub/cky093.
- World Health Organization, (2016). *The health sector role in prevention and response*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



# (Des)Amor que brota

Maria Perquilhas



## 1. A Tutela Legal. Razão da sua existência.

O Direito Penal visa proteger os bens jurídicos mais importantes na sociedade, o que facilmente se percebe da eleição das condutas que criminaliza (as que atentam contra a vida, a liberdade, a integridade física, psicológica, emocional e sexual, a honra – ou seja a dignidade da pessoa humana, o património, a segurança das relações jurídicas – como por exemplo a falsificação, burla, o branqueamento de capitais, a saúde pública – nomeadamente o tráfico de droga).

São os direitos fundamentais para uma determinada sociedade os protegidos pelo Direito Penal nela vigente.

Este ramo do Direito visa, antes e mais do que punir, proteger a sociedade da prática de actos que violam direitos que não podem nem devem ser beliscados porque são essenciais para a pessoa humana na sua globalidade (i.e., dimensão humana, social, económica, ambiental, segurança, entre outras).

Fácil é perceber, por isso, que a pessoa é objecto de protecção desde o seu nascimento até à sua morte considerando o direito o aborto um crime, art.º 140.º do Código Penal (CP), e bem assim a profanação de cadáver, art.º 254.º do CP. Não esquecendo ainda que em determinadas fases da vida a pessoa é especialmente vulnerável, como sejam a fase da infância e juventude, em que ainda carece de muitos cuidados ou deles é inclusivamente dependentes, e a fase da velhice, onde se encontra, na grande maioria das vezes, senão em igual situação, pelo menos em situação de grande ambivalência

emocional por se ver e sentir dependente de quem foi dependente de si e a quem sente obrigação de valer.

Na verdade, sentir-se dependente dos filhos é das situações que maior dor emocional provoca no ser humano, que instintivamente existe para procriar e cuidar das crias.

Ficar dependente dos filhos acentua o sentimento de incapacidade que a velhice, traz na maioria das vezes, como companhia.

Imagine-se agora o que sente um pai, uma mãe, cuidadores, que a par dos sentimentos descritos, que lhes causam dor e sentimento de culpa, são ainda alvo violência por parte dos filhos ou de quem cuidaram como tal. É como se todo o amor que sentem caísse num abismo sem fim, criando um novo sentimento de culpa – o sentimento de incapacidade de gerar amor naqueles que foram e são objecto do seu maior e mais profundo dar de si mesmo.

É sem dúvida uma dor sem igual, inqualificável e inaceitável. É desumano brindar uma pessoa que já pouco espera da vida, e em que esta se resume ao passar e acumular de dias, com dor e tristeza. Por isso a Organização Mundial de Saúde considera que a “violência aos idosos é uma forma de abuso distinta, específica e profundamente perturbadora<sup>(1)</sup>.”

(1) <https://news.un.org/pt/story/2017/06/1588511-oms-alerta-que-1-em-cada-6-idosos-sofre-algum-tipo-de-violencia>

Por que razão os filhos usam de violência para com os pais?

Sempre que um filho maltrata, física ou psicologicamente, o pai ou mãe, ou pais ou mães, revela que os não ama. Quem ama, cuida. Não agride.

Os tempos modernos favorecem o individualismo. O distanciamento.

As relações de família são substituídas por tablets. Os cuidados outrora ministrados para se entreter e acalmar, que ajudavam a criar e solidificar laços, são agora tomados pelo chamariz das cores de um qualquer aparelho que, sem enfado nem manifestação de cansaço, é capaz de um sem número de entreténs.

A Organização Mundial de Saúde estima que 1 em cada 6 idosos, sofre algum tipo de violência, “que vai desde o psicológico e financeiro até à negligência e abusos físicos e sexuais”<sup>(2),(3)</sup>, sendo a sua causa principal a falta de amor e respeito relativamente aos mais velhos, pais, causas estas com fontes tão variadas como violência intergeracional, individualismo, falta de capacidade de empatia e problemas mentais.

## 2. Acima de tudo o Direito à Dignidade.

A violência exercida sobre a pessoa, para além de ser contrária ao respeito e solidariedade familiar, é violadora da dignidade da pessoa humana.

A dignidade da pessoa humana foi eleita pelo legislador Constitucional Português como um dos pilares do nosso Estado de Direito (art.º 1.º da Constituição da República Portuguesa<sup>(4)</sup>, CRP cujo texto original data de 1976), sendo uma das tarefas fundamentais do Estado, entre outras, garantir os direitos e liberdades fundamentais e promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo (art.º 9.º, als. b) e d) da CRP), estando ainda consagrado, no capítulo dos direitos e deveres económicos, sociais e culturais, os direitos das pessoas idosas, que “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” (art.º 72.º CRP).

A nível internacional, mais tarde que a Constituição da República Portuguesa e o Código Civil (que entraram em vigor em 25 de Abril de 1976 e 1 de Janeiro de 1968, respectivamente, este último alterado após a entrada em vigor da CRP para com ela se harmonizar), mas sem carácter vinculativo inspiram-nos os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, adotados pela Resolução n.º 46/91, da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991, e que enumeram como essenciais os direitos das pessoas idosas: independência; participação; assistência; realização pessoal;

(2) V. referência anterior.

(3) No Site da APAV encontramos o elenco dos diferentes tipos de violência/abuso exercida sobre os idosos <https://www.apav.pt/idosos/index.php/violencia-crime/tipos-de-violencia-e-de-crime>

(4) Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

dignidade.

Todos estes direitos implicam o reconhecimento e concretização de diversos outros. E sobre o direito à dignidade, é consagrado que “os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente; e que devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica”<sup>(5)</sup>. A nível da União Europeia, concretamente no art.º 25.º da Carta Europeia dos Direitos Fundamentais consagrou-se que «a União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural».

O Conselho da Europa, defensor inegável dos direitos humanos, para além de outras, emitiu a Recomendação CM/Rec (2014) 2 do Comité de Ministros dos Estados-Membros, sobre os direitos humanos específicos das pessoas idosas, elegeu:

- a) Não discriminação, nomeadamente em razão da idade;
- b) Promoção da autonomia e participação;
- c) Proteção contra a violência e os abusos;
- d) Proteção social e emprego;
- e) Promoção da saúde;
- f) Acesso à justiça.

Voltando à lei de origem interna, o direito geral de personalidade tem consagração legal, desde a entrada em vigor do CC, pois a “lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral” (art.º 70.º CC) e a punição de ofensas dolosas a essa mesma personalidade, como sejam a punição das ofensas corporais e psicológicas e os abusos sexuais igualmente previstos nos Códigos Penais que vigoraram em Portugal.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 165/2015, de 25.08, que aprova “a Estratégia de Proteção ao Idoso que consta do anexo à presente resolução e da qual faz parte integrante”, veio a ficar a meio caminho na sua execução uma vez que as alterações penais que aí se propugnavam não vieram a ser aprovadas. Pese embora a própria resolução não ser completa, uma vez que nada justifica que o crime de ofensas à integridade física seja susceptível de ser agravado, por força da relação existente entre a pessoa idosa vítima e o autor da lesão, filho/a (art.º 144.º e 132, n.º 2 do Código Penal, que abordaremos adiante) e tal agravante não se verifique relativamente a todos os outros crimes cometidos sobre a pessoa idosa por parte dos filhos/as, e a estas situações não se refere, não deixou, ainda assim de abrir caminho na protecção que a pessoa idosa carece e merece, por força da sua dignidade e condição. Aí consta que “a dependência económica e de prestação de cuidados básicos, nomeadamente de higiene e de saúde, em que amiúde se encontram face aos seus familiares, ou inversamente o aproveitamento que estes pretendem fazer dos rendimentos da pessoa idosa, mormente por causa de situações de desemprego, bem como a dependência face a terceiros prestadores de cuidados, potenciam a ocorrência de situações de violência física e psicológica reiterada sobre as pessoas idosas.

Estas situações já encontram em múltiplos casos previsão legal

(5) <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>



específica no Código Penal, desde logo no tipo criminal dos maus tratos, onde foram expressamente contempladas as pessoas particularmente indefesas, em razão da idade, que estejam ao cuidado ou à guarda de outras (n.º 1 do artigo 152.º-A do Código Penal), bem como no tipo criminal da violência doméstica, onde se contemplam as pessoas particularmente indefesas, nomeadamente em razão da idade (alínea d) do n.º 1 do artigo 152.º do Código Penal). Ainda no plano dos crimes contra as pessoas, o crime de ofensas à integridade física é agravado pelo fato de se tratar de uma vítima particularmente indefesa, em razão da idade (alínea c) do n.º 2 do artigo 132.º, ex vi n.º 2 do artigo 145.º do Código Penal).

São também agravados os crimes de ameaças e de coação, se forem praticados contra pessoa particularmente indefesa, em razão da idade (alínea b) do n.º 1 do artigo 155.º do Código Penal).

E a pena aplicável ao crime de sequestro sofre de igual modo agravamento se o mesmo tiver como vítima pessoa particularmente indefesa, em razão da idade (alínea e) do n.º 2 do artigo 158.º do Código Penal).

Já em sede de crimes contra o património, pela sua maior fragilidade física, as pessoas idosas são frequentemente vítimas de crimes de roubo, alguns deles perpetrados com grande violência, mas essa maior vulnerabilidade já foi atendida no Código Penal, onde consta como circunstância agravante do crime de roubo (alínea d) do n.º 1 do artigo 204.º, ex vi alínea b) do n.º 2 do artigo 210.º do Código Penal), no qual se refere a especial debilidade da vítima, categoria na qual se integra a debilidade em razão da idade.

Também com respeito aos crimes de burla as pessoas idosas são vítimas potenciais, pois em muitos casos vivem isoladas, com pouca informação atualizada sobre questões financeiras, sistema bancário e moeda, e, por força da idade e de uma vida de trabalho, possuem uma disponibilidade económica que é particularmente atrativa para os criminosos.

A este respeito constata-se que já está prevista como circunstância agravante do crime de burla o aproveitamento, pelo agente, de situação de especial vulnerabilidade da vítima, nomeadamente em razão da idade (alínea c) do n.º 2 do artigo 218.º do Código Penal).

Assim, neste quadro global muito positivo em matéria de proteção penal dos direitos dos idosos, entende-se que o reforço deve fazer-se em sede de previsão como crimes de práticas das quais existe conhecimento empírico e que assentam na exploração da especial vulnerabilidade dos idosos em situação de incapacidade. Este reforço da tutela penal encaixa-se, aliás, na própria revisão do regime civil das incapacidades, pois estabelece sanções que acentuam o controlo que se pretende introduzir, em particular através da maior intervenção judicial”.

Ora, como se verifica da leitura da Resolução transcrita, se é um facto que a condição de vulnerabilidade da vítima, porque indefesa em razão da sua idade, já está prevista como agravante dos crimes ali indicados, a verdade é que a lei penal deixa desprotegidas as pessoas idosas que, não estando vulneráveis nos termos previstos na lei, são alvo fácil da prática de ilícitos apenas porque existe entre eles e o autor dos factos abusivos uma relação de parentesco ou

de confiança, não necessariamente de vulnerabilidade. A literatura esclarece que não são apenas as pessoas idosas vulneráveis as que são exploradas, manipuladas ou violentadas por parte dos familiares. A relação existente entre o autor dos factos e a pessoa idosa deve(ria) ser considerada uma agravante apenas por existir – porque revela especial censurabilidade ou perversidade do agente, à semelhança do que se verifica com o crime de ofensas à integridade física.

### 3. O Agressor é filho/a...

As patologias sociais podem justificar a prática de alguns crimes, tal como a pobreza e as dificuldades económicas determinadas pelo desemprego a justificam, podendo impelir à praticar um acto ilícito, geralmente contra o património, que de outra forma não seria cometido.

Outras causas que têm sido apontadas pela criminologia são a desorganização social onde o indivíduo se encontra inserido, a família, a comunidade local ou o grupo de amigos, especialmente se esta pessoa tiver uma personalidade mais dependente do grupo ou a prática do crime fizer parte da sua própria vivência, o estilo de vida, a falta de empatia, a falta de capacidade de distinguir o certo do errado e a falta de capacidade de autocontrolo.

Geralmente o que motiva alguém a praticar um crime não se reconduz a uma ou outra das causas apontadas. O ser humano e, por conseguinte, o comportamento violento é um todo altamente complexo e multicausal, sendo as suas acções determinadas por diversas variáveis. Para tal releva, a existência de fatores de risco (estáticos e dinâmicos), que não devendo ser percebidos como uma acção causal, apresentam maior ou menor correlação com determinadas condutas.

### 4. Principais crimes cometidos contra as pessoas idosas

Consoante o abuso e respectivas circunstâncias poderemos estar perante um crime ou outro. Abordaremos apenas os mais frequentes.

#### 4.1. Violência doméstica ou ofensas à integridade física

Ouvimos muitas vezes falar em violência doméstica quando se verifica uma situação de violência cometida pelo filho/a na pessoa do pai/mãe, quando apenas estamos perante a prática de um crime de ofensas à integridade física (abrangendo a integridade psicológica). E a razão da confusão é simples. Se essa pessoa se encontrar a viver com o agressor seu filho, a conduta preenche a previsão do crime de violência doméstica<sup>(6)</sup>; se não estiver a viver com ele preenche o crime de ofensas à integridade física, art.º 143.º

(6) Transcrevemos apenas os artigos legais relativos aos crimes que são mais comuns na prática judiciária.

Artigo 152.º


Violência doméstica

1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;

b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;

c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou



Quem está isolado

também pode ser vítima.

O isolamento aumenta o risco de ocorrerem crimes de burla, em casa, e de furto, em locais com menos vigilância.

Preste atenção aos sinais. Não se cale.

**APAV** 30 Anos  
ALTA ESCUTA DAS VÍTIMAS  
  
Apoio à Vítima

CHAMADA GRATUITA  
**116 006**  
LINHA DE APOIO À VÍTIMA  
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H

do CP, as quais serão qualificadas nos termos previstos no art.º 145.º do mesmo código. Isto é, “Se as ofensas à integridade física forem produzidas em circunstâncias que revelem especial censurabilidade ou perversidade do agente” (art.º 145.º do CP) o crime cometido será o de ofensa à integridade física qualificada, o que implica um agravamento das penas<sup>(7)</sup>, uma vez que é susceptível de revelar especial censurabilidade ou perversidade a circunstância de o agente ser descendente ou ascendente da vítima (art.º 145.º, n.º 2 e 132.º, n.º 2, do CP).

Ora, não obstante a jurisprudência entender que estas circunstâncias não são de funcionamento automático, uma vez que o legislador assim o ditou ao prever que “é susceptível de revelar a especial censurabilidade ou perversidade (...)” (art.º 132.º, n.º 2 e 145.º, n.º 1, ambos do CP), a verdade é que geralmente<sup>(8)</sup> elas são reveladoras de especial censurabilidade ou perversidade.

E bem se compreende que o legislador assim tenha entendido. As relações entre pais e filhos são, ou devem ser, relações de amor e confiança, as quais são essenciais para o desenvolvimento do ser humano e a sua vivência de forma equilibrada.

É na família que o ser humano se desenvolve de forma harmoniosa. A literatura científica sobre o desenvolvimento humano actualmente considera, de forma pacífica e unânime, que o afecto é essencial para o desenvolvimento da criança sendo inclusivamente responsável pelo estabelecimento de sinapses.

Compreende-se, pois, que a lei penal considere que a prática dos factos referidos por ascendentes ou descendentes é susceptível de revelar especial censurabilidade e perversidade.

Este crime tem natureza semipública, pelo que a sua investigação e julgamento dependem de queixa por parte do ofendido<sup>(9)</sup>.

#### 4.2. Violência sexual

A violência sexual pode configurar um de vários crimes tão diferentes como a coacção sexual (art.º 163.º do CP); a violação (art.º 164.º CP); abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (art.º 165.º); abuso sexual de pessoa internada (art.º 166.º do CP) pese embora este tipo de ilícito seja susceptível de ser praticado pelo filho da pessoa idosa a

d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

(7) Art.º 145.º n.º 1 “Se as ofensas à integridade física forem produzidas em circunstâncias que revelem especial censurabilidade ou perversidade do agente, este é punido:

a) Com pena de prisão até quatro anos no caso do artigo 143.º;

b) Com pena de prisão de 1 a 5 anos no caso do n.º 2 do artigo 144.º-A;

c) Com pena de prisão de 3 a 12 anos no caso do artigo 144.º e do n.º 1 do artigo 144.º-A.

(8) Existem situações em que se apura existir relação de parentalidade entre agente e vítima, havendo apenas parentesco, ou outras circunstâncias que ao invés de agravarem a culpa do agente a diminuem. Por isso, estas circunstâncias, apesar de traduzirem a vivência e sentimento gerais da comunidade não podem considerar-se de funcionamento automático.

(9) Como é sabido, e é da própria natureza humana, os pais protegem os filhos. Denunciá-los e apresentar queixa crime contra eles é quase contra natura. Daí as grandes dificuldades que as pessoas idosas revelam em denunciar e queixar-se dos filhos. V. Costa & Santiago.

menos que ele trabalhe na instituição onde este último se encontre; e o lenocínio (art.º 169.º) e a importunação sexual (art.º 170.º).

Do que julgamos ter conhecimento, os crimes de violação são os mais frequentes.

Com estas incriminações punem-se os comportamentos que atentam contra a liberdade sexual da vítima, como se verifica da epígrafe da secção onde os artigos referidos se encontram arrumados.

A penalidade prevista para os crimes coacção sexual (art.º 163.º do CP), a violação (art.º 164.º CP), abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (art.º 165.º), lenocínio (art.º 169.º) e a importunação sexual (art.º 170.º), é agravada de um terço nos seus limites mínimo e máximo se a vítima for ascendente, ou se encontrar numa relação familiar com o agente. E bem, dizemos nós, pelas razões que já acima referimos. Porque os actos de violência contra os familiares são especialmente censuráveis e revelam especial perversidade por parte do autor dos mesmos.

Os crimes de coacção sexual, violação, abuso sexual de pessoa capaz de resistência e a importunação sexual, têm natureza semipública, dependendo por isso de queixa por parte do ofendido, salvo se deles resultar o suicídio ou morte da vítima.

Em nosso entender, estes ilícitos, quando cometidos sobre pessoas idosas, deveriam assumir natureza pública. Na verdade, sendo dado assente que qualquer vítima tem especiais dificuldades em revelar que foi alvo de abuso sexual, não é difícil perceber que as pessoas idosas maiores dificuldades terão em fazê-lo. E essas dificuldades são ainda maiores se o autor dos abusos for filho/a, desde logo pelas crenças dominantes de que “de um filho não se faz queixa”, ou “é uma vergonha ir a tribunal denunciar um filho”, o que leva as pessoas a sentir culpa, silenciando a situação, negando a vitimização ou justificando-a (Costa & Santiago, p. 180).

A pessoa idosa só ficará protegida na sua dignidade se todos os factos de violência ou abuso, sejam sexuais ou não, contra si cometidos puderem ser denunciados por quem deles tenha conhecimento e tal for suficiente para desencadear o respectivo procedimento criminal, ou seja, se assumirem natureza pública. E esta mudança, cremos, poderá fazer toda a diferença desde logo porque permite nomeadamente aos prestadores de cuidados em geral e médicos, que tomam conhecimento das situações no exercício das suas funções, denunciá-las e iniciar-se dessa forma a investigação.

#### 4.3. Coacção

Comete este crime quem, por meio de violência ou de ameaça com mal importante, constranger outra pessoa a uma acção ou omissão, ou a suportar uma actividade.

É o caso de um filho que força (coage) o pai/mãe a celebrar um contrato ou a alterar o seu testamento; a fazer uma procuração; abrir uma conta bancária para onde é transferida a reforma; ou a fazer uma doação.

Estas condutas, dolosas, são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa (art.º 154.º do CP).

Este procedimento depende de queixa quando o facto tiver

lugar entre cônjuges, ascendentes e descendentes, adoptantes e adoptados, ou entre pessoas, de outro ou do mesmo sexo, que vivam em situação análoga à dos cônjuges. Ou seja, nestas situações o crime assume natureza semipública.

#### 4.4. Falsificação

Muito usual é a prática de falsificação da assinatura da pessoa idosa com vista a levantar fundos da sua conta bancária e realizar procurações com vista a celebrar negócios em nome daquela mas para proveito do próprio (daí a necessidade de se recorrer à falsificação da assinatura).

Este crime encontra-se previsto no art.º 256.º do Código Penal<sup>(10)</sup> sendo a pena correspondente de prisão até três anos ou pena de multa de 10 a 360 dias<sup>(11)</sup>.

#### 4.5. Burla e abuso de confiança

As pessoas idosas são ainda pessoas muito susceptíveis a ser enganadas. Este engano pode consubstanciar um crime de burla ou um crime de abuso de confiança, consoante a actuação do agente.

Comete o crime de burla quem, com intenção de obter para si ou para terceiro enriquecimento ilegítimo, cria um de erro ou engana alguém sobre factos que astuciosamente provocou, a fim de determinar o enganado à prática de actos que lhe causem, ou causem a outra pessoa, prejuízo patrimonial (art.º 217.º do CP).

A pena aplicável à burla é de prisão até 3 anos ou pena de multa<sup>(12)</sup>, tendo este crime igualmente natureza semipública.

Este crime de burla é qualificado se o prejuízo causado for elevado, sendo neste caso punido com pena de prisão até cinco anos ou com pena de multa até 600 dias, e ainda se i) o prejuízo patrimonial for de valor consideravelmente elevado; ii) o agente fizer da burla modo de vida; iii) o **agente se aproveitar de situação de especial vulnerabilidade da vítima, em razão de idade**, deficiência ou doença; iv) ou a pessoa prejudicada ficar em difícil situação

(10) Artigo 256.º

Falsificação ou contrafacção de documento

1 - Quem, com intenção de causar prejuízo a outra pessoa ou ao Estado, de obter para si ou para outra pessoa benefício ilegítimo, ou de preparar, facilitar, executar ou encobrir outro crime:

a) Fabricar ou elaborar documento falso, ou qualquer dos componentes destinados a corporizá-lo;

b) Falsificar ou alterar documento ou qualquer dos componentes que o integram;

c) Abusar da assinatura de outra pessoa para falsificar ou contrafazer documento;

d) Fizer constar falsamente de documento ou de qualquer dos seus componentes facto juridicamente relevante;

e) Usar documento a que se referem as alíneas anteriores; ou

f) Por qualquer meio, facultar ou detiver documento falsificado ou contrafeito;

é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

(...)

3 - Se os factos referidos no n.º 1 disserem respeito a documento autêntico ou com igual força, a testamento cerrado, a vale do correio, a letra de câmbio, a cheque ou a outro documento comercial transmissível por endosso, ou a qualquer outro título de crédito não compreendido no artigo 267.º, o agente é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos ou com pena de multa de 60 a 600 dias.

(...).

(11) Sempre que a norma incriminadora não determina especificamente a pena de multa abstractamente aplicável a resposta encontra-se no art.º 47.º do CP, que fixa o limite mínimo e máximo da mesma.

(12) Tem aqui lugar novamente o apelo ao art.º 47.º do CP.

económica, caso em que a pena é a de prisão de dois a oito anos (art.º 218.º do CP).

Já o crime de abuso de confiança não exige o artifício ou engano exigido pela burla.

Comete este crime o filho que se apropria de uma coisa móvel que lhe tenha sido entregue por título não translativo da propriedade. Por exemplo, o filho que se apropria de um objecto de ouro que lhe tenha sido emprestado para usar numa ocasião especial e que não o devolve.

Estas condutas são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa<sup>(13)</sup>.

Se a coisa apropriada for de valor elevado, o agente é punido com pena de prisão até 5 anos ou com pena de multa até 600 dias; se for de valor consideravelmente elevado, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.

Contudo, a pena é de prisão de 1 a 8 anos “se o agente tiver recebido a coisa ou o animal em depósito imposto por lei em razão de ofício, emprego ou profissão, ou na qualidade de tutor, curador ou depositário judicial (...)”.

Esta última situação, prevista no n.º 5, tem aplicação à pessoa idosa a favor de quem foi muitas vezes decretada a interdição, regime que entretanto foi revogado e substituído pelo Regime do Maior Acompanhado, aprovado pela Lei n.º 49/2018, de 14 de Agosto, e em que o filho fica responsável pela administração dos bens do pai (art.º 143.º do Código Civil na Redação que lhe foi dada pela lei n.º 49/2018).

#### 4.6. Uso indevido do cartão multibanco e de crédito

O uso indevido do cartão multibanco para levantamentos em proveito próprio é, também muito frequente e constitui igualmente infracção criminal. Na verdade, esta atuação encontra-se prevista e punida no art.º 221.º do CP, dependendo a penalidade do valor do prejuízo causado. Assim, o crime simples é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa (n.º 1), se o prejuízo for de valor elevado, o agente é punido com pena de prisão até 5 anos ou com pena de multa até 600 dias, se for de valor consideravelmente elevado, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos (n.º 5, al.s a) e b) respectivamente).

Este crime tem igualmente natureza semipública, assumindo ainda grande relevância a restituição ou reparação do prejuízo (art.º 206.º, aplicável ex vi art.º 221.º, n.º 6).

#### 4.7. Furto e roubo

Intuitivamente todos sabemos quando se verifica um crime de furto. Ele concretiza-se, consuma-se no dizer jurídico, com a apropriação de uma coisa móvel alheia contra a vontade do seu dono.

Basicamente o que distingue o crime de furto do crime de roubo é

(13) A moldura da pena de multa encontra-se como se referiu já no art.º 47.º do CP, sendo o mínimo de 10 e o máximo de 360 dias.

que neste último o agente usa ou ameaça usar de violência contra a vida ou integridade física para obter a posse do bem de que se quer apropriar contra a vontade do seu legítimo dono.

É o caso de alguém que para se apoderar de um colar que uma pessoa está a usar lhe aponta uma arma ou a ameaça que lhe bate se não lhe entregar o bem de que pretende apropriar-se.

O crime de furto pode ser simples ou qualificado, tal como o crime de roubo tem um tipo simples e com penas agravadas (art.ºs 203, 204.º e 210.º todos do CP).

O crime de furto simples depende de queixa, ou seja, tem natureza semi-pública.

#### 4.8. O Crime de maus tratos

O crime de maus tratos pressupõe que a pessoa idosa esteja aos cuidados do agressor (art.º 152.º-A do CP), o que nem sempre se verifica. Muitas vezes vive apenas com ele, quando o agressor é filho. Se apenas viver com o filho/a estaremos perante um crime de violência doméstica, se estiver aos cuidados dele verificar-se-á este ilícito.

### 5. A natureza semipública dos ilícitos

Como já referimos supra, os crimes de ofensas à integridade física, os crimes de abuso sexual indicados supra, o crime de coacção cometido entre familiares, nos termos referidos, burla simples, abuso de confiança, o uso indevido do cartão multibanco e de crédito e o furto têm natureza semipública, o que não protege devidamente a pessoa idosa, a qual, fruto da sua condição e sentimento de menor capacidade e valia, ainda se sente mais frágil e dificilmente terá

disponibilidade para apresentar queixa crime.

Estas situações fragilizam o bem jurídico protegido e a força da norma incriminadora uma vez que permitem a convicção de que vale a pena cometer crimes sobre estas pessoas, pois com maior probabilidade não será iniciado procedimento criminal.

Este sentimento de impunidade é igualmente nefasto para a pessoa do ofensor, que por não temer a reacção Estatal sente que pode continuar a delinquir.

### 6. Outros agressores

Até aqui focámos a nossa atenção nas situações sofridas pelas pessoas idosas às mãos dos/as filhos/as, tendo apontado os crimes mais relevantes, não só em termos de censurabilidade, mas também de conhecimento da sua existência.

Porém, não podemos esquecer que alguns dos ilícitos enunciados podem e são cometidos por outras pessoas que, geralmente, acabam por merecer a confiança da pessoa idosa.

Estas pessoas provocam igualmente dano e sofrimento emocional uma vez que se aproveitam da vulnerabilidade, deseabilidade, solidão e situação de desamparo por parte da família das pessoas idosas, para, de forma calculista, ardisosa e sem escrúpulos delas se aproveitarem.

Muito comum é, assim, o uso contra as pessoas idosas das suas fragilidades nos crimes de burla e de abuso de confiança, quer em casa quer nos lares e casas de repouso, nestes locais verificando-se ainda um sem número de abusos, o que deve suscitar igualmente a nossa indignação e repulsa colectiva a todos os níveis, neles se incluindo o judicial.



# Resposta ao abandono de pessoas idosas: alternativas ao Direito Penal

Inês Sá, Marta Bulhosa



## I. Uma reflexão sobre a violência contra as pessoas idosas

### Palavras-chave

Abandono – Pessoa idosa – Protecção – Resposta legal

O crescente envelhecimento da população no continente Europeu a que temos vindo a assistir nos últimos vinte anos tem merecido a atenção e alguma preocupação das mais variadas entidades e instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais, pelo impacto que o envelhecimento da população tem e terá nas vidas de todos nós.

Entre outras preocupações, o abandono e a violência contra as pessoas idosas, surge como uma das principais prioridades de todos os Estados, pela vulnerabilidade e fragilidade física e psicológica em que muitas delas se encontram.

A situação de pandemia em que nos encontramos na presente data e enquanto escrevemos estas palavras, direccionou os holofotes dos meios de comunicação social para esta realidade, de uma forma muito dura e talvez nunca antes vista.

Inesperadamente, os mais velhos ocuparam o epicentro das preocupações e dos cuidados de quase todos, e em seu redor – e da sua protecção – tomaram-se em tempo *record* medidas de zelo e cuidado de tal modo transformadoras do dia-a-dia individual

e colectivo, que as suas ondas de choque são, por ora, difíceis de prever, ainda que se antecipem se não esmagadoras, pelo menos profundamente transformadoras. Os muitos debates e acções que têm vindo, um pouco por todo o país e mundo, a ser tomadas no sentido de proteger e auxiliar a população desta faixa etária, podem e devem originar reflexões e aprendizagens que venham a contribuir para a permanente construção de uma melhor forma de pensar, viver e – quando necessário – cuidar e proteger os mais velhos, frágeis e dependentes. Voltaremos ao tema mais adiante.

Para início de reflexão sobre este fenómeno do abandono das pessoas idosas, citamos um excerto de uma das notícias que talvez nos tenha impressionado mais, durante o mês de Março, a qual foi publicada pelo jornal Sol no dia 24 de Março de 2020: *“A ministra da Defesa espanhola, Margarita Robles, comunicou que o exército encontrou “idosos absolutamente abandonados — quando não estavam mortos — nas suas camas”, durante a realização de trabalhos de socorro, que além de desinfeção na via pública, passam também por inspecionar situação em lares e residências de idosos. A governante confirmou assim, esta segunda-feira, as informações que já tinham sido noticiadas pelos média espanhóis. E prometeu que a punição dos responsáveis por este abandono, que obrigou idosos a conviver com cadáveres em plena crise epidémica, será “implacável e esmagadora”. “Todo o peso da lei irá cair sobre aqueles que não cumprirem suas obrigações”, em especial contra este grupo de risco, acrescentou.(...)”*

Mais recentemente, a MAGG publicou no dia 8.04.2020 uma notícia que nos relata outra situação absolutamente desconcertante:

“Atrasos nos testes e falta de material levaram à morte de 15 pessoas num lar em Aveiro. Não foram feitos testes a tempo, não chegou material e a tragédia aconteceu. Mas como se chegou a isto? Fomos perceber (...)”

Afinal quem são os verdadeiros responsáveis pelas pessoas idosas que vivem nestes Lares? Será sério e justo atribuir a responsabilidade pelos factos ocorridos, nos últimos dias, apenas e exclusivamente ao Ministério da Saúde? Por outro lado, existirá algum critério ontológico – um dever, emanado de um direito natural – que pudesse justificar fazê-lo recair, por exemplo, sobre a ‘família’? São questões fundamentais, que neste texto não conseguiremos desenvolver, e ainda menos responder, com a profundidade que requerem, mas que não podemos deixar de trazer à colação.

No nosso ordenamento jurídico, o crime de exposição ou abandono vem previsto no artigo 138.º do Código Penal, onde se dispõe o seguinte:

1 - Quem colocar em perigo a vida de outra pessoa:

a) Expondo-a em lugar que a sujeite a uma situação de que ela, só por si, não possa defender-se; ou

b) Abandonando-a sem defesa, sempre que ao agente coubesse o dever de a guardar, vigiar ou assistir; é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

2 - Se o facto for praticado por ascendente ou descendente, adoptante ou adoptado da vítima, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 5 anos.

3 - Se do facto 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.

Parece que a actual redacção do artigo 138.º do Código Penal afasta a aplicação da norma a todas as situações que não impliquem perigo para a vida da pessoa abandonada, sendo certo que, na prática, diz-nos a experiência que muitas pessoas idosas são deixadas pelos familiares em hospitais ou noutra tipo de estruturas que prestam cuidados de saúde, sem que a sua vida esteja em perigo, uma vez que são cuidados pelos profissionais que ali exercem funções.

Talvez, a par de outras respostas de cariz social e preventivo, fosse relevante alterar o escopo do artigo 138.º do Código Penal, permitindo que esta norma legal protegesse outros bens jurídicos, nomeadamente a integridade física e/ou psíquica e a dignidade da pessoa idosa abandonada, e assim abarcar as situações frequentes de abandono pelos próprios familiares que os deixam aos cuidados de terceiros, ignorando os deveres de cuidar, assistir e visitar, causando na pessoa deixada/abandonada uma tristeza tão profunda, sentimento que se consegue visualizar mas tão difícil de descrever ou traduzir em palavras.

Importa igualmente, porém, dar dois passos atrás, e tentar pensar no que poderá subjazer à opção de tantas “famílias” (e é enfaticamente que lhes colocamos aspas) por não cuidar, assistir e/ou visitar os seus mais velhos. E poderão ser muitas e diversas as respostas a essas perguntas, que não deixarão, no entanto, de nos dar pistas fundamentais a que melhor pensemos soluções para contorná-las.

É que se o caminho a trilhar para fortalecer a protecção dos idosos

mais frágeis passar por, como dizíamos, alterar o escopo do artigo 138.º do Código Penal, criando margem para poder penalizar directamente o abandono emocional e psicológico a que tantas pessoas são votadas no fim da vida, é fundamental pensar quem poderia ser criminalizado e a que título. Por outras palavras, a quem se deveria imputar a responsabilidade pela saúde psíquica e pela dignidade de uma pessoa idosa? O que é exactamente que autonomiza ou distingue uma ‘pessoa idosa’ de outras que, sendo vítimas de violência física ou psicológica se encontrariam abrangidas pelo escopo dos artigos 152º-A do Código Penal – Maus tratos – ou, por exemplo, 148º do mesmo código - Ofensa à integridade física por negligência<sup>(1)</sup>?

Devemos considerar (ou consideramos – conscientemente ou não) que por uma pessoa idosa – e pelo seu bom cuidado – devem ser, *prima facie*, imperativamente responsáveis os seus descendentes, ou outros familiares próximos (se os tiver)?

Importa reflectir acerca de como poderíamos – e se quereríamos – impor o cuidar, ou um determinado conceito de “bem cuidar”. Será tal imposição (ou, por outra perspectiva, a criminalização da sua omissão) possível? Não dependerá o cuidar que um idoso dependente (ou qualquer pessoa dependente, de resto) deveria poder tomar por adquirido, quase inevitavelmente do amor – ou da capacidade de dádiva?

Certo é que, independentemente de convergirmos (ou não) em respostas definitivas a estas interrogações, é imperativo e sempre urgente buscar soluções de facto para que (pelo menos) os últimos anos de vida de cada pessoa possam ser vividos em segurança e tranquilidade.

Importará, para a nossa reflexão sobre as possíveis alterações ao *status quo*, recordar e pensar sobre o resultado de outras alterações legislativas concretizadas no nosso Código penal – “LIVRO II, Parte especial – TÍTULO I - Dos crimes contra as pessoas”, nomeadamente os crimes ocorridos em contexto familiar ou no contexto de uma

(1) Artigo 148.º - Ofensa à integridade física por negligência

1 - Quem, por negligência, ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.

2 - No caso previsto no número anterior, o tribunal pode dispensar de pena quando:

a) O agente for médico no exercício da sua profissão e do acto médico não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de 8 dias; ou

b) Da ofensa não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de 3 dias.

3 - Se do facto resultar ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

4 - O procedimento criminal depende de queixa.

Artigo 152.º-A - Maus tratos

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, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, 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 um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 - Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

relação amorosa, também para tentarmos perceber que resultados práticos conseguimos alcançar com estas recentes alterações legislativas.

Desde logo, com a entrada em vigor da Lei 59/2007 de 4 de Setembro, assistimos a uma alteração significativa, quando o legislador decidiu que o bem jurídico no crime de violência doméstica (previsto no artigo 152.º C.P.) ficaria autonomizado do crime de maus tratos (a que se refere o artigo 152.º-A do C.P.) e do crime de violação de regras de segurança (a que alude o artigo 152.º-B do C.P.), permitindo uma clarificação de conceitos que se revelou ser essencial para uma evolução positiva das boas práticas e correcta aplicação da lei aos comportamentos denunciados junto das autoridades judiciais.

Mais recentemente, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul, a Lei 83/2015 de 5 de Agosto voltou a alterar o nosso Código Penal, tendo sido autonomizados os crimes de mutilação genital feminina, o crime de perseguição e o crime de casamento forçado, nos artigos 144.º-A, 154.º-A e 154.º-B do Código Penal, respectivamente.

Apesar das inegáveis vantagens resultantes da autonomização e clarificação do texto de cada uma das normas supra citadas, nomeadamente na possibilidade de integrar o facto denunciado nos pressupostos exigidos pelo texto de cada norma legal, e ainda apesar de todos os esforços realizados no sentido de agilizar procedimentos legais considerados por muitos (nomeadamente pelos profissionais que lidam diariamente com o fenómeno da violência intrafamiliar), como procedimentos demasiadamente rígidos ou com pressupostos de difícil verificação, na verdade continuamos a deparar-nos com outro tipo de críticas ou falhas identificadas no sistema judicial.

Aliás, o teor dos relatórios elaborados e publicados pela Equipa de Análise Retrospectiva de Homicídio em Violência Doméstica (adiante EARHVD) tem sido claro na identificação de algumas falhas nos procedimentos adoptados pelas autoridades policiais e magistrados do Ministério Público na fase de inquérito, tendo esta equipa apresentado recomendações concretas no que respeita à definição da estratégia do Ministério Público contra a violência doméstica, incluindo a adopção de boas práticas e uniformização de procedimentos nas jurisdições criminal e de família e crianças, resulta do relatório elaborado pela EARHVD, em 5 de Dezembro de 2018, Dossier 1/2018-AC.

Na sequência das recomendações apresentadas e das preocupações demonstradas por várias associações com intervenção no fenómeno da violência doméstica, nomeadamente a APAV, entrou em vigor em Dezembro do ano transacto, a Diretiva n.º 5/2019 da Procuradoria-Geral da República que estabelece procedimentos específicos a observar pelos magistrados e agentes do Ministério Público na área da violência doméstica.

E à semelhança da violência doméstica e da violência sexual, grande parte dos casos de violência contra pessoas idosas acontece no seio da família e/ou das relações íntimas, potenciada por desequilíbrios de forças e poder, suscitando abusos sobre os mais frágeis.

A par das necessárias alterações legislativas, clarificação do texto

da normativa, autonomização dos crimes e uniformização de procedimentos implementada entre os magistrados e agentes do ministério público, julgamos ser pertinente, senão essencial, uma resposta comunitária e social célere e eficaz em matéria de abandono de pessoas idosas vulneráveis.

Portugal tem já uma rede de serviços sociais robusta o bastante para garantir que a esmagadora maioria dos idosos que residem no país têm acesso a cuidados básicos de alimentação, saúde e habitação. Sabemos também que muitos e muitas assistentes sociais e outros trabalhadores de apoio a estas redes acabam por desempenhar também o papel de companheiros (ou companhias) levando a muitos dos que vivem mais desacompanhados quase ou todo o afecto e cuidados de saúde mental que lhes chegam.

Como já assinalámos acima, vimos assistindo ao longo das últimas semanas de isolamento imposto pela pandemia de Covid-19 a uma mobilização tremenda da sociedade civil – quer a par, quer de maneira autónoma dos serviços institucionais de apoio à terceira idade e a pessoas dependentes que lhe pré-existiam. Vizinhos mobilizaram-se para auxiliar vizinhos; redes de voluntários foram crescendo em poucos dias, compostas por pessoas empenhadas em dedicar o seu tempo aos outros, aspiracionalmente em prol da comunidade e de cada um. É certo que o contexto é particularíssimo e que, por um lado, é ainda impossível saber quanto deste voluntarismo poderá não só subsistir mas medrar para além da pandemia, como, por outro, todas as restrições impostas muito particularmente aos idosos nestas últimas semanas – as mesmas que estiveram na génese dos interessantes movimentos de solidariedade de que falamos – levantam simultaneamente importantes questões relacionadas com a independência intelectual e a autonomia da vontade da pessoa idosa. No entanto, cremos que a experiência destes atípicos meses de Março e Abril (que muito provavelmente se estenderá, adensando as aprendizagens que possamos fazer) aponta para que é inevitável que seja também, e muito, pela comunidade – ou seja, pela procura de modos de prestar “em comum” um cuidar que a todos toca e tocará – que terão de continuar a passar o apoio e os cuidados que muitas famílias não possam, não queiram ou não saibam prestar.

Podemos também, entre outras, pensar em medidas económicas e fiscais que trouxessem benefícios às famílias que prestam cuidados diários a familiares idosos. No entanto, as questões logísticas e a forma como a sociedade se organiza nos dias de hoje traz-nos desafios maiores relativamente à capacidade em acompanhar e em assistir diariamente os nossos familiares mais velhos.

Releva por isso – quer tendo em vista nova ou renovada legislação, quer procurando soluções extra-jurídicas e judiciais em jeito de prevenção do abandono – buscar ter bem claro qual é a génese e quais são os aspectos colaterais deste fenómeno.

Sabemos quem mais abandona e quem mais é abandonado? Como é composta esta população? Sabemos se factores como rendimento, género, nível de escolaridade, entre outros relevam e de que modo relevam para entender este quadro – tanto quem abandona ou não cuida, como quem é abandonado ou não é cuidado? E exactamente de que falamos quando falamos de abandono e o que queremos exactamente prevenir quando, empenhadamente, debatemos este assunto e procuramos novas avenidas para soluçona-lo? São os



cuidados básicos de alimentação, habitação e saúde que queremos ver salvaguardados e a responsabilidade por prestá-los atribuídos a uma pessoa ou uma entidade 'X'? É também o bem estar emocional e a segurança relacional que queremos dar por certos? Deverá o direito a fruir a cultura e o lazer de um modo tão pleno quanto a saúde o permita incluir-se nesta expectativa? E se respondermos afirmativamente a todas estas questões, quão longe estamos dispostos a ir – ou é sequer legítimo que vamos – no sentido de legislar impondo a terceiros o ónus de as garantir? Quem seriam? Instituições de solidariedade social? Os serviços sociais do Estado? Familiares directos? E se não os houver? E se, existindo, tiverem razões fundadas para não quererem zelar por *aquela* pessoa (idosa)?

Ainda nesta senda, parece-nos inevitável que repensar a lógica do direito sucessório português se torne parte fundamental deste desafio. Se parece certo não poder obrigar um particular descendente ou ascendente a cuidado e zelo amorosos, já nos parece legítimo – fundamental – que cada pessoa possa dispor da totalidade dos seus bens de molde a poder garantir que aqueles não serão herdados por um familiar que o não tenha cuidado, ou até que o tenha mal tratado, o que correntemente não é permitido pelo direito português, que prevê, por via dos artigos 2156º e 2157º do Código Civil, que haja uma parte do património de cada pessoa de que aquela não pode dispor, parte essa – a legítima – de que “são herdeiros legitimários o cônjuge, os descendentes e os ascendentes, pela ordem e segundo as regras estabelecidas para a sucessão legítima”.

De resto, ainda que não só por uma questão fundamental associada à autonomia da vontade de cada um, cremos que também de um ponto de vista sancionatório deveria ser equacionada uma indignidade sucessória, aplicável em situações de comprovado abandono ou maus-tratos.

São muitos os desafios com que nos deparamos em matéria de abandono, solidão e isolamento das pessoas idosas, parecendo-nos, por isso mesmo, ser necessário refletir sobre uma reforma mais profunda e sistémica que não fique dependente dos processos judiciais, cuja morosidade traz consigo muitas vezes uma resposta tardia e ineficaz.

Recordamos uma grande reforma operada em Portugal, no ano de 1999, a qual, com a entrada em vigor das Leis 147/99 de 1.09 e Lei 169/99 de 18.09, originou um novo sistema de proteção em matérias de infância e juventude e trouxe consigo um absoluto novo paradigma na nossa sociedade, através da criação de instituições oficiais não judiciárias que trabalham conjuntamente com as autoridades administrativas locais e instituições de saúde, educação e solidariedade social de determinada comunidade, com o objectivo de responder a situações prementes que carecem de resposta imediata.

Este modelo, que assenta numa resposta profissional e articulada das instituições existentes na comunidade onde as famílias se inserem (no seio das quais são identificadas situações de perigo) demonstrou ser capaz de responder de forma mais célere e organizada a questões que, anteriormente a esta reforma, só poderiam ser resolvidas pelos Tribunais.

Aliás, o papel relevante que as entidades de primeira linha podem

desenvolver na protecção imediata das pessoas idosas que se encontram abandonadas em instituições ou vivem sozinhas, em situação de desprotecção, foi recentemente referenciado na Recomendação apresentada no sétimo relatório publicado pela EARHVD, em 18 de Setembro de 2019, o qual se debruçou sobre um homicídio em que a vítima é a mãe do agressor: “*Todas as entidades a que tenha sido solicitado o apoio para a deslocação de pessoa em situação de vulnerabilidade e/ou exclusão social para outra área geográfica devem como regra, proceder à informação e auscultação dos serviços de acção social e das pessoas, familiares ou não, que tenham sido indicadas pelo beneficiário como seus potenciais acolhedores no local de destino, para que, quando necessário, sejam tomadas medidas tendo em vista uma adequada reacção e inserção.*”

Parece-nos pois fundamental aumentar e diversificar o investimento em respostas sociais, mas também familiares, desde logo, aquelas dirigidas a cuidadores. Respostas essas que devem passar por suporte financeiro *tout court*, mas também por apoios a nível da saúde-mental e valorização pessoal. Cuidar um (ou mais) idoso(s) é evidentemente dispendioso mas pode implicar também uma grande disponibilidade física, emocional e de tempo.

As possíveis opções, o caminho a percorrer e a forma como o pretendemos percorrer são questões que merecem a nossa reflexão e exigem a nossa coragem se optarmos por uma eventual mudança de paradigma em matéria de pessoas idosas abandonadas e entregues a si próprias.



# Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

Uma resposta do Sistema Nacional de Saúde no combate ao fenómeno da violência interpessoal

Helena Falcão, Natércia Gonçalves, Teresa Teles



O fenómeno da violência continua a ser um problema a nível mundial com repercussões a vários níveis quer social quer pessoal, mas também um problema de saúde pelas suas repercussões tanto no imediato como a longo prazo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) violência define-se como *"uso intencional de força física ou de poder em forma real ou de ameaça contra si próprio, contra outro ou contra um grupo ou comunidade que resulta, ou tem elevada probabilidade de resultar, em injúrias, morte, dano psicológico, perturbações no desenvolvimento ou privação"*.

O Relatório Mundial sobre a Violência (Krug et al., 2002) evidencia a importância do papel dos serviços de saúde no combate a esta problemática. Sendo o setor da Saúde o que intervém ao longo de todo o ciclo de vida com espaços privilegiados de contactos com as pessoas, tem um papel fundamental na prevenção, deteção, avaliação e acompanhamento, bem como no trabalho concertado e articulado em rede com intervenientes de outros setores.

Dada a complexidade e diversidade do fenómeno se violência deve ser dada ênfase à atuação em múltiplos setores como a justiça, forças de segurança, educação, segurança social, saúde, entre outros (Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio; Equipa de Análise Retrospectiva de Homicídio em Violência Doméstica, 2017).

Ao longo dos anos o papel da saúde encontrava-se centrado na atuação reparadora de lesões (físicas, emocionais) consequências de fenómenos de violência. Mas o paradigma de intervenção tem vindo a mudar. Atualmente, a atuação dos serviços de saúde centra-

-se numa abordagem mais holística, continuada e preventiva o que exige uma ponderação mais aprofundada dos determinantes, contextos e fatores de risco nas várias formas de expressão da violência interpessoal, ao longo do ciclo de vida (Despacho 5656/2017 de 28 de junho).

Neste sentido, no Sistema de Saúde em Portugal, foram tomadas medidas com vista a de melhorar os modelos organizativos dos serviços, de acordo com as boas práticas no âmbito da violência, para uma intervenção multidisciplinar integrada e em rede ao longo do ciclo de vida (DGS, 2016). Nesse sentido, foi criada no Ministério da Saúde em 2013 através do Despacho n.º 6378, de 16 de maio, um modelo de intervenção integrada a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV).

A ASGVCV visa ser uma resposta ao fenómeno da violência interpessoal entre adultos, por parte dos serviços de saúde. Tem como objetivos promover a igualdade e particularmente a equidade em saúde (independentemente do sexo, idade, condição de saúde, orientação sexual, religião, condição económica), prevenir a violência interpessoal (violência doméstica, *stalking*, violência no namoro, violência contra idosos, violência vicariante e tráfico de seres humanos) e fomentar a articulação funcional com a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. Assenta na articulação entre serviços e profissionais de saúde de uma forma concertada, integrada e eficiente, com enfoque na prevenção.

Ao mesmo tempo o Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio cria também as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais, e define as respetivas competências:

- Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais dos diferentes serviços para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência (...);
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- Gerir, a título excepcional, as situações clínicas (...);
- Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional e intersectorial no domínio da violência interpessoal;
- Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários;
- Mobilizar a rede de recursos internos e dinamizar a rede social;
- Assegurar articulação funcional, em rede, com outras equipas de saúde que intervenham neste domínio.

O fenómeno da violência é o resultado de uma complexa interação e inter-relação entre fatores individuais, relacionais, sociais culturais e ambientais. A visão integradora destes fatores é essencial para entender a violência interpessoal e poder atuar preventivamente. Com o objetivo de sistematizar e uniformizar procedimentos de atuação a nível nacional, a Direção Geral de Saúde (DGS) emanou o manual *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* no qual as EPVA pautam a sua atuação. O modelo orientador interpretativo e de intervenção no fenómeno de violência das EPVA é o modelo ecológico (OMS, 2002; Dahlberg e Krug, 2002; DGS, 2016). De acordo com este modelo existem quatro níveis de fatores que interagem entre si: individuais, relacionais, comunitários e sociais.

No primeiro nível procuram-se identificar os fatores individuais (biológicos e história pessoal) que possam influenciar o seu comportamento e podem aumentar a probabilidade de se ser vítima ou agressor.

O segundo nível procura explorar as relações sociais mais próximas pois estas aumentam o risco de vitimização ou agressão. A família, companheiros e parceiros íntimos têm o potencial de moldar o comportamento de indivíduo e a forma como identifica a experiência.

No terceiro nível encontra-se o contexto comunitário nas quais se explora as várias relações sociais do indivíduo que podem potenciar o facto de ser vítima ou agressor.

O último nível procura identificar os determinantes sociais que podem influenciar as taxas de violência como a legitimização de comportamentos violentos ou a criação de ambientes favoráveis para fenómenos de violência, como fatores que criam/sustentam divisões entre grupos, segmentos da sociedade ou países.

Este modelo enfatiza os fenómenos de violência como dinâmicos, multidimensionais causados pela interação de inúmeros fatores

de risco em diversas etapas ao longo da vida. Centra-se na ideia de que, fomentado os fatores de proteção nos vários níveis do modelo ecológico, se consegue atuar de forma preventiva na redução de fenómenos de violência ao longo do ciclo de vida.

As intervenções na área da saúde são caracterizadas por três níveis de intervenção e em situações de violência não é exceção. A nível da prevenção primária o objetivo é a prevenção de fenómenos de violência antes que ocorram. A prevenção secundária diz respeito às abordagens centradas nas reações imediatas à violência (cuidados médicos, tratamento direcionado a lesões). A nível da prevenção terciária inserem-se os cuidados prolongados necessários após a ocorrência do fenómeno de violência (reabilitação, reintegração) (Dahlberg e Krug, 2002).

A EPVA encontra-se a nível primário de intervenção: na prevenção do fenómeno de violência. É congregadora de esforços, cria pontes e estreita laços entre várias unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) a que pertence (e restantes a nível nacional), as EPVA Hospitalares e os vários agentes da comunidade multisectoriais na monitorização e análise de situações passíveis de prevenção. É a estas equipas da área da saúde (em cada ACES de acordo com a área geográfica ou hospitalar) que devem ser feitas as referenciações para uma intervenção coordenada, articulada e concertada entre as várias entidades que intervêm em cada caso.

Em termos de saúde preconiza-se que a intervenção caso a caso seja feita pela equipa de referência (médico, enfermeiro, técnico superior de serviço social) que trabalha em proximidade com o agregado familiar e tem estabelecida a relação de confiança fundamental para conhecer e analisar a situação de acordo com o modelo ecológico e implementar um plano individual com vista à modificação de fatores de risco. Esta equipa tem várias oportunidades (ao longo do ciclo de vida que compõe o agregado familiar) de avaliação, intervenção e monitorização da situação.

Em situações de isolamento social quer por condição de saúde, dificuldade de mobilização, (como no caso da pessoa idosa), ou por situação de violência, apenas esta equipa consegue estabelecer interação com o agregado familiar pelo papel relevante que desempenha e lhe é reconhecido. Este papel é essencial na intervenção e pode ser a chave na modificação e mitigação de fatores de risco. Em situações de violência em pessoas dependentes (em razão da idade ou condição física) a equipa de saúde é por vezes a única a quem o agressor aceita que contacte com a vítima. Com a intervenção da equipa de saúde de referência consegue-se que seja aceite, por exemplo, as equipas de apoio domiciliário (para a higiene da pessoa dependente, alimentação ou mesmo higiene do domicílio e roupas) o que modifica positivamente situações de sobrecarga do cuidador o que por si só diminui o risco de situações de violência na pessoa dependente.

A EPVA não pode, nem deve substituir a equipa de referência da pessoa (agressor, vítima) sob pena de se perder toda uma relação de confiança e oportunidade de intervenção na modificação de fatores de risco.

O papel da EPVA é de consultadoria e apoio à equipa de referência, de difundir informação, ser dinamizador na avaliação e intervenção em

cada nível do modelo ecológico, articular esforços de intervenção multisectoriais caso a caso e congregar informação. A nível macro, deve fomentar todas as oportunidades para aumentar os fatores de proteção em cada nível, na comunidade onde se insere.

A violência é um fenómeno complexo em que a saúde também é chamada a intervir no seu combate.

O sistema de saúde em Portugal apresenta uma estrutura orgânica organizada, com atuação sistemática e uniforme de intervenção no combate à violência.

As EPVA são as estruturas da saúde de prevenção primária no âmbito de prevenções situações de violência no adulto, para referência interna (de entidades de saúde) e externa para uma atuação articulada, concertada e coordenada dos vários intervenientes.

#### Referências bibliográficas

World Health Organization. (2002). First ever Global Report on Violence and Health released: New WHO report more complete picture of global violence. Geneva, Switzerland: Author.

Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio publicado em Diário da Republica, 2ª série Nº 94 de 6 de maio de 2013.

Despacho n.º 5656/2017 de 28 de junho publicado em Diário da Republica 2ª série Nº 123 de 28 de junho.

Direção Geral de Saúde – Violência Interpessoal- Abordagem, diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde, 2016 [em linha] Consultado a 24/02/2020 [disponível em] [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx).

Krug et al (2002) - Relatório mundial sobre violência e saúde – Organização Mundial de saúde. Genebra [em linha] Consultado a 24/02/2020 [disponível em] <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>.

Equipa de Análise Retrospectiva de Homicídio em Violência Doméstica (2017) – Relatório final Dossiê nº3/2017- CS [em linha] Consultado a 24/02/2020 [disponível em] <https://earhvd.sg.mai.gov.pt/RelatoriosRecomendacoes/Pages/default.aspx>.

Dahlberg, Linda I.; Krug, Etienne G. (2002) – Violência: um problema global de saúde publica [em linha] Consultado a 24/02/2020 [disponível em] <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>.



# Idade avançada, doença neuropsiquiátrica e risco de abuso: Importância da intervenção com as famílias

Manuel Gonçalves-Pereira, Maria João Marques



LUZIA

## Afiliação institucional

Comprehensive Health Research Centre, CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas / Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

## Resumo

Entre as pessoas de mais idade, as que tenham um grau relevante de 'incapacidade' (na definição da Organização Mundial de Saúde - OMS) estão particularmente em risco de abuso. Sobressaem, a este propósito, alguns quadros neuropsiquiátricos como as demências ou a depressão geriátrica.

Neste contexto, as famílias constituem, regra geral, um recurso protector. Porém, mesmo que de forma involuntária, as famílias podem também por vezes determinar circunstâncias muito adversas para um idoso que sofra de défices, incapacidades ou desvantagens sociais marcadas (ainda no sentido que a OMS tem atribuído a estes termos). A situação mais frequente, conforme os resultados da investigação e a experiência de muitos clínicos, traduz-se na associação entre sobrecarga familiar pela doença, sobretudo subjectiva, e o risco de abuso sobre a pessoa idosa.

Considerando os problemas genéricos das famílias, há várias possibilidades de intervir. Ao longo deste artigo, desenvolvemos alguns tópicos seleccionados: as múltiplas formas de intervenção

com famílias (que não se limitam às componentes psicoeducativas); a sua fundamentação empírica e os desafios ao desenvolvimento da investigação científica relacionada; as recomendações terapêuticas actuais, nacionais e internacionais, e a sua paradoxal falta de implementação; a necessidade de enfoque nos grupos de risco e os contributos da literatura científica para a sua definição. Finalmente, comentamos exemplos da investigação sobre as necessidades de cuidados de idosos vulneráveis em termos de abuso, com incidência em estudos recentes realizados na península ibérica. Em Portugal, é necessário um esforço maior nesta área de acção e investigação.

## Quadros neuropsiquiátricos e risco acrescido de abuso na idade avançada

Os quadros (neuro)psiquiátricos associados ao envelhecimento são frequentes e estão indiscutivelmente associados a uma carga global de doença que é elevada (Prince et al., 2015). Falamos não apenas dos **quadros demenciais**, mas também de outras condições clínicas como, por exemplo, a **depressão geriátrica**. O nosso grupo na Faculdade de Ciências Médicas (Universidade Nova de Lisboa) tem contribuído para o estudo da prevalência destes quadros em Portugal. Esta foi estimada em 4 a 9% (demência) e 4 a 18% (depressão), em amostras populacionais de pessoas com 65 anos ou mais no sul do país (Gonçalves-Pereira, Cardoso, et al., 2017; Gonçalves-Pereira, Prina, et al., 2019). Recentemente, o Anuário 2019 da *Alzheimer Europe* estimou em 193.516 o número de pessoas com demência vivendo na comunidade, em Portugal (Alzheimer Europe,

2020). Independentemente da absoluta exactidão dos números, é incontestável o impacto destes quadros clínicos nas pessoas que deles sofrem, nas suas famílias e na sociedade em geral.

As situações de **abuso** sobre pessoas de idade avançada são também provavelmente frequentes e subestimadas nos dados disponíveis. Almeida e colaboradores publicaram recentemente uma revisão conceptual, com dados internacionais e nacionais sobre estes fenómenos (Almeida et al., 2020). Os autores referem estimativas muito díspares, entre 2.2 e 61.1%, realçam que os casos identificados constituem, provavelmente, a ponta de um icebergue, e lembram a definição operacional de abuso como englobando formas físicas, psicológicas, financeiras, sexuais e de negligência. É essa a definição que adoptamos neste artigo. A APAV refere, para o período 2013-2018 e no que respeita a vítimas maiores de 65 anos, um total de 6.878 pedidos de apoio. Estes corresponderam a 12.815 factos criminosos, 79,5% relativos a violência doméstica e 15,1% a crimes contra as pessoas (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2019).

Por outro lado, os múltiplos **factores de risco** para o abuso de pessoas mais velhas têm vindo a ser identificados na literatura científica. Por exemplo, uma revisão sistemática referente a pessoas vivendo na comunidade, i.e. não institucionalizadas (Johannesen & LoGiudice, 2013), realçou a natureza multifactorial do problema. Os autores identificaram factores relativos:

- à pessoa idosa: défice cognitivo, problemas comportamentais, alterações psicopatológicas, dependência funcional, fragilidade geriátrica/outras problemas graves de saúde, carência económica, trauma ou história pregressa de abuso, etnia;
- ao potencial perpetrador: sobrecarga familiar pela doença da pessoa alvo de abuso, doença psiquiátrica ou sofrimento psicopatológico do próprio;
- à relação entre ambos: problemas relacionais, incluindo fraca ligação emocional e conflitos (influência da relação prévia);
- ao ambiente: baixos níveis de apoio social ou (excepto no caso do abuso financeiro) viver com outros.

Também Almeida e colaboradores incluem, entre os principais factores de risco para abuso sobre idosos, a existência de deficiência física ou intelectual, demência ou depressão na pessoa-alvo (Almeida et al., 2020). Para todos os efeitos, trata-se de quadros clínicos associados a um grau relevante de 'incapacidade', do inglês *disability* (conforme a Organização Mundial de Saúde, um termo genérico para designar défices, limitações à actividade funcional e restrições à participação em actividades sociais, denotando os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo com um problema de saúde e o contexto desse mesmo indivíduo (factores pessoais e ambientais) (World Health Organization, 2001, 2015). Neste sentido, a incapacidade determina forçosamente vulnerabilidade acrescida para situações de potencial abuso, em qualquer das suas formas.

Assim, é nas questões relacionadas com o abuso sobre idosos com quadros neuropsiquiátricos associados a incapacidade marcada, como as demências ou a depressão geriátrica, que nos centraremos neste breve artigo. Por outro lado, focar-nos-emos no abuso por parte de familiares-cuidadores (grosso modo, cuidadores informais) e, quanto às intervenções potenciais, naquelas que mais especificamente se prendam com o risco de abuso. Com efeito, não nos parece possível abordar indiscriminadamente as questões

relativas a cuidadores informais e formais: independentemente dos pontos em comum, os dois contextos deverão ser diferenciados. Quanto ao campo da intervenção, as respostas genéricas para os cuidadores estão longe de ser implementadas e implicam alterações sistémicas nos serviços de saúde e sociais (públicos, privados e do terceiro sector). Estas respostas são necessárias para minorar as consequências do abuso em idosos vulneráveis, mas poderão não ser suficientes: importa investir no diagnóstico da situação (e na melhoria dos sistemas de informação relacionados) e na proposta de medidas exequíveis. Na última secção, abordaremos a necessidade de um primeiro passo: o investimento na sinalização do problema, com base no conceito de 'necessidades de cuidados'.

## Aspectos familiares a equacionar

As famílias constituem, regra geral, um dos recursos mais protectores. Porém, mesmo que por vezes de forma involuntária, as famílias podem também determinar circunstâncias muito adversas para uma pessoa idosa com vulnerabilidade neuropsiquiátrica. Em genérico, os elementos da família representam uma proporção substancial do universo de responsáveis pelos quadros de abuso. Nalguns casos, a negligência, abuso ou mesmo violência explícita radicam, sobretudo, em características desse familiar 'abusador' (por exemplo, traços antissociais de personalidade, consumo de tóxicos). Não obstante, segundo os resultados da investigação e a experiência de muitos clínicos, é bem mais frequente a associação entre a sobrecarga do familiar pela doença, sobretudo na vertente subjectiva, ou mesmo alguma psicopatologia reactiva, e o risco de abuso sobre a pessoa idosa doente. Com efeito, quando existe uma relação de prestação de cuidados informais (por exemplo, na demência ou na depressão), reconhece-se **algum grau de associação entre sobrecarga (ou mais frequentemente exaustão) familiar, ansiedade e/ou depressão do cuidador informal e risco de abuso/negligência**.

Explicando melhor, será compreensível (o que não significa aceitável) que um familiar-cuidador que se sinta demasiado sobrecarregado, ele próprio eventualmente também 'doente' (por exemplo, deprimido e com maior irritabilidade), possa 'actuar' desta forma uma pleora de sentimentos negativos e desilusões. Nesta interpretação, postula-se que estes sejam deslocados para um 'alvo' frágil, o doente mais claramente identificado como tal, ao qual é atribuída a culpa por todas as consequências da doença. O problema da atribuição é fundamental: a falta de informação, ou a perda de juízo crítico pelo peso das emoções negativas, pode levar a confundir manifestações da demência (e.g. problemas de memória, apatia, inquietação psicomotora, sintomas psicóticos) ou da depressão (e.g. tristeza doentia, anedonia, falta de energia, inibição psicomotora) com comportamentos deliberados e com intuito agressivo (ou passivo-agressivo). O abuso pode, nestes casos, constituir uma reacção psicologicamente compreensível por parte do seu agente.

Não será, portanto, de estranhar a circularidade frequente que envolve as alterações psicológicas e comportamentais da pessoa com demência e algumas reacções familiares com impacto negativo na situação (Gonçalves-Pereira, Marques, et al., 2017). A circularidade, um dos princípios das perspectivas sistémicas da família, traduz-se em que duas realidades se inter-influenciam reciprocamente

sendo difícil determinar a origem última de alguns problemas específicos. *Irrito-me contigo porque te portas mal vs. Fico agitado porque me assustas quando te irritas tanto comigo...* Quase sempre, a intervenção eficaz passa por tentar quebrar o ciclo vicioso, quando a origem é um problema irresolúvel (neste caso, uma doença orgânica cerebral incurável). A dificuldade será descobrir 'como', matéria que será objecto de uma intervenção sensata com a família.

Importa reconhecer que as dificuldades se podem tornar extremas. Recentemente, foi sinalizado o risco de pensamentos ou mesmo actos suicidas (ou homicidas) no contexto da prestação de cuidados informais. Numa análise qualitativa das experiências de cuidadores informais, um dos temas claramente patentes nas respostas dos participantes foi, precisamente, a existência de 'pensamentos de homicídio e eutanásia' (Anderson et al., 2019). Porém, a maioria destas experiências deve ser interpretada num contexto de **falta de apoio clínico e social, grande solidão e desespero** (Gonçalves-Pereira, Marques, et al., 2017).

### Quais as possibilidades de intervenção com as famílias?

Considerando os problemas genéricos das famílias (i.e. deixando transitoriamente o foco nos problemas relacionados com o abuso), há **múltiplas formas de intervenção**. Tomando como exemplo a área das demências, estas intervenções têm tomado a forma de grupos para familiares, mas podem incidir na família como sistema (intervenções unifamiliares) ou envolver apenas familiares-cuidadores a nível individual. O foco pode ser e.g. (psico)educativo (com foco na discussão de informação ou no treino de competências) ou no apoio emocional e desenvolvimento de redes de suporte social. Recentemente, têm sido registados grandes desenvolvimentos no uso de novas tecnologias e no suporte *online*. Por outro lado, têm sido também adaptadas novas intervenções psicoterapêuticas a estes contextos. Muitas das intervenções combinam múltiplos componentes. O leitor pode encontrar detalhes sobre este tipo de intervenções noutras publicações, nacionais (Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011b, 2011a; Madureira, 2010) e internacionais (e.g. Cheng et al., 2019; Gonçalves-Pereira, 2017). Uma forma poderosa de ajuda, nem sempre suficientemente valorizada, é a promoção do alívio das famílias ('respite care'), através de centros de dia – que deveriam ser especializados – ou internamento parcial ou total por períodos transitórios. Apesar das suas limitações, esta oferta é muito maior em Portugal, na actualidade, do que há anos atrás (nomeadamente através da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados).

Existem actualmente traduções/adaptações portuguesas, com elevada qualidade, de diversos materiais psicoeducativos na área das demências. Referem-se, por exemplo, os que têm sido compilados sob a égide da Alzheimer Portugal (<https://alzheimerportugal.org/pt/>) ou desenvolvidos em projectos de investigação: RHAPSODY - <https://www.young-dementia-guide.pt/> (Metcalf et al., 2019) - ou o recente iSupport, recorrendo a materiais da OMS (Teles et al., 2020).

A investigação tem evidenciado **provas da utilidade de muitas formas de intervenção familiar**, em termos de eficácia, efectividade ou mesmo eficiência. Por outro lado, há que reconhecer que o nível de 'evidência' documentado para as intervenções familiares

(i.e. o grau de solidez das provas em como resultam) nem sempre é grande. A este propósito, tornam-se muito relevantes algumas questões metodológicas (por exemplo, a inadequação das medidas usadas em muitos estudos relativamente à intervenção que está a ser avaliada), para além do facto de problemas similares se porem a propósito de muitos ensaios farmacológicos. Finalmente, faltam verdadeiros estudos de efectividade, comparativamente aos de eficácia. Queremos dizer, com isto, que interessa perceber qual o impacto das intervenções em situações mais próximas da realidade do quotidiano, e não apenas em condições 'experimentais'.

A verdade é que as intervenções com famílias são habitualmente consideradas nas **normas/recomendações terapêuticas** (Direcção Geral de Saúde, 2011; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007), apesar de **escassamente implementadas**. Este paradoxo radica em múltiplos factores, sendo um deles a necessidade de formação e dedicação específica a este tipo de trabalho por parte dos profissionais implicados. Em Portugal, muitas das experiências existentes no terreno têm tido benefícios reconhecidos por todos os intervenientes (técnicos, participantes). Porém, têm vindo a ser desenvolvidas sobretudo no âmbito de projectos de investigação limitados no tempo ou por organizações sem fins lucrativos com meios escassos e só pontualmente em serviços clínicos (Gonçalves-Pereira & Leuschner, 2019). Raramente atingem um grau suficiente de intensidade, periodicidade, especificidade e disseminação, permitindo respostas flexíveis, adaptadas às necessidades das famílias em risco maior. Por outro lado, falta uma perspectiva declaradamente sistémica, que não exclua *a priori* da intervenção as próprias pessoas mais velhas com demência ou com depressão geriátrica, e que assuma o espírito de uma intervenção tendencialmente com a família e não para a família (Gonçalves-Pereira, 2017; Sampaio, 2018).

A questão fundamental, no contexto deste artigo, é a de saber até que ponto as intervenções referidas são úteis no domínio específico do abuso. Será de esperar que a diminuição genérica da sobrecarga familiar e psicopatologia reactiva à situação de cuidar possa também diminuir o risco de negligência, abuso e violência. Não obstante, algumas intervenções com efectividade bem documentada na redução da ansiedade e depressão dos familiares - cuidadores não conseguiram diminuir o potencial para abuso de pessoas com demência (Cooper et al., 2015). Provavelmente, a única estratégia eficiente para este desiderato específico será a identificação de **grupos de risco**. As próprias intervenções familiares nestes grupos devem ser mais focadas na questão em apreço. É o que tentamos desenvolver em seguida.

### Exemplos da investigação recente – o conceito de 'necessidades de cuidados'

Finalizamos, comentando exemplos da investigação recente sobre o tema, com foco nos países ibéricos. Salientamos dois estudos realizados em **Espanha**: o primeiro centrou-se no estudo de factores de risco, o segundo no de factores protectores quanto ao abuso sobre idosos. Ambos exemplificam o papel da investigação na definição de grupos-alvo para intervenção privilegiada, mediante o uso do instrumento *Caregiver Abuse Screen* (CASE), entre outras medidas.

**CONSIGNAÇÃO DO IRS**

**RECOMEÇAR DO ZERO,  
0,5% DE CADA VEZ**

Doe 0,5% do imposto  
liquidado à APAV,  
sem custos para si.

**NIF 502 547 952**

**APAV<sup>®</sup>**  
  
*associação portuguesa de*  
**Apoio à Vítima**

**30**  
**Anos**  
PELOS DIREITOS  
DAS VÍTIMAS

[www.apav.pt](http://www.apav.pt)





Orfila e colaboradores estudaram a *prevalência do risco de abuso e de factores relacionados*, considerando 72 centros de saúde de Barcelona, com a participação de 829 cuidadores informais e pessoas dependentes (Orfila et al., 2018). Os cuidadores eram principalmente mulheres (82,8%), com uma média de idades de 63,3 anos. As pessoas doentes tinham défice cognitivo, moderado-grave em 64,2% dos casos. As díades viviam na mesma casa em 87,4% dos casos e 86,6% teriam tido uma boa relação pregressa. A prevalência de risco de abuso pelo cuidador informal foi de 33,4% (95% CI: 30,3-36,7). Os principais determinantes identificados foram a sobrecarga e a ansiedade do cuidador, a percepção (por parte deste) de agressividade do doente e a existência de má relação prévia à situação de prestação de cuidados. Ao mesmo tempo que este estudo sinaliza uma elevada prevalência de risco de abuso, identifica pistas para uma possível prevenção (e.g. intervenção sobre a sobrecarga e a ansiedade do cuidador, em que os cuidados primários podem ser fundamentais) (Orfila et al., 2018). Os conhecimentos e competências dos profissionais de cuidados primários podem permitir identificar comportamentos abusivos em cuidadores informais – apesar da magnitude do problema, que muitas vezes não é detectado na prática quotidiana.

Um outro estudo centrou-se na investigação de *factores protectores* relativamente ao abuso de pessoas com demência, realçando a importância da resiliência dos cuidadores e do suporte social disponível (Serra et al., 2018). Os autores avaliaram 326 familiares-cuidadores primários, em Castela e Leão. A probabilidade de abuso estava directamente relacionada com: gravidade do défice cognitivo e das alterações comportamentais, sobrecarga objectiva e subjectiva pela doença, pior relação prévia doente-cuidador. Na linha do trabalho referido anteriormente, essa probabilidade estava inversamente relacionada com o grau de resiliência e de suporte social do cuidador.

Abordando agora o que tem sido feito em **Portugal**, referimos alguns exemplos de estudos sobre necessidades de cuidados com relevância para o diagnóstico da situação no nosso país. Na verdade, a avaliação das ‘necessidades de cuidados’ engloba, como domínio específico, problemas relativos a abuso/negligência.

Começando por abordar o conceito de *necessidade de cuidados* em avaliação de serviços (e.g. Reynolds et al., 2000), falamos de *necessidade* perante um problema para o qual existe uma resposta fundamentada cientificamente. Esta pode estar a ser usada com sucesso no momento em questão (necessidade coberta) ou não (necessidade não coberta). Existem métodos válidos para avaliar necessidades de cuidados em populações idosas, como a entrevista CANE, *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (Reynolds et al., 2000): consideram-se 24 domínios biológicos, psicológicos ou sociais, a que se juntam dois domínios do cuidador informal (necessidades em termos de informação e de sofrimento psicológico). A avaliação integra as perspectivas (muitas vezes divergentes) da pessoa doente, do cuidador informal, de um técnico e/ou de um avaliador/investigador, sendo esta última a mais usada nos relatórios – cf., por exemplo, Gonçalves-Pereira et al., 2007; Fernandes et al., 2009 ou Gonçalves-Pereira et al., 2019. Um dos domínios explorado na entrevista CANE é, precisamente, ‘abuso/negligência’ e os resultados que resumimos em baixo referem-se a esse item específico.

No estudo de validação original, em Inglaterra, os autores reportaram os seguintes números (n=55): sem necessidade 84 (91%); coberta = 2 (2%); não coberta = 2 (2%); falta de informação = 4 (4%) (Reynolds et al., 2000). Existe muita investigação internacional subsequente com este mesmo instrumento, ou outros similares, que seria interessante analisar especificamente quanto a este aspecto.

Em Portugal, foram realizados vários estudos recorrendo ao mesmo método: referimos agora os principais, começando pelos estudos de validação da entrevista (Fernandes et al., 2009; Gonçalves-Pereira et al., 2007). No estudo de 2007 (dados preliminares), foram considerados 21 casos de idosos com patologia neuropsiquiátrica (maioritariamente demência), em 2 serviços de psiquiatria e saúde mental em Lisboa e Porto (n = 21). A média de idades foi 73,9 ( $\pm$  6,3) anos, sendo 76,2% mulheres. Os avaliadores não identificaram necessidades relacionadas com abuso/negligência ou consumo de álcool. No estudo principal da validação em Portugal (Fernandes et al., 2009), envolvendo 3 consultas externas de psiquiatria no Porto e em Lisboa, foram avaliadas 79 pessoas (76% mulheres), média de idades 74 ( $\pm$  6.6) anos, 61% com demência. A maioria vivia em casa, apresentava co-morbilidade somática (85%) e estava em contacto com um cuidador informal (em geral, familiares do sexo feminino). Só 32% não tinha cuidador informal. Também aqui 78 participantes (98,7%) não apresentavam necessidades quanto a abuso/negligência, faltando informação relativamente a um caso (1,3%).

Outros trabalhos, no Norte do país, incidiram também sobre populações clínicas. Um deles avaliou 75 doentes de consulta, incluindo provenientes de lar, e internados num serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (Passos et al., 2012). Os diagnósticos principais foram depressão (36%) e demência (29,3%). Não foram registadas necessidades relativas a abuso/negligência. Na sequência, os mesmos autores realizaram um estudo semelhante com 306 doentes ( $\geq$ 65 anos) (Passos et al., 2017). Os diagnósticos mais frequentes eram agora depressão (33,7%), demência (24,5%) e esquizofrenia (12,7%). As necessidades relativas a abuso/negligência foram assim registadas: necessidades cobertas = 1 (0,3%), segundo os doentes; 0 (0%), segundo os cuidadores informais; 2 (0,7%), segundo os técnicos; necessidades não cobertas = 4 (1,3%) segundo os doentes; 3 (1,4%) segundo os cuidadores informais; 3 (1,0%), segundo os técnicos.

Mais recentemente, o projecto europeu JPND-Actifcare abordou as dificuldades de pessoas com demência e suas famílias no acesso e utilização de serviços na comunidade, nas fases intermédias da doença. Os resultados da avaliação inicial da amostra portuguesa (n=66) estão disponíveis (Gonçalves-Pereira, Marques, et al., 2019). Também aqui, as necessidades relativas a abuso/negligência tiveram expressão reduzida, na avaliação global dos investigadores: sem necessidades = 63 (95,5%); cobertas 0 (0%); não cobertas = 1 (1,5%); sem informação = 2 (3,0%). De notar que na amostra global europeia, a proporção de necessidades não cobertas neste domínio foi também diminuta, ainda que havendo registo apreciável de casos cujas necessidades estavam cobertas (Kerpershoek et al., 2017).

A reduzida proporção de casos em que o problema do abuso/negligência é identificado nestas avaliações é, de certa forma, surpreendente. Porém, estes resultados devem ser interpretados

com cautela: vários factores contribuem, genericamente, para a desvalorização aparente destas necessidades por parte de doentes, cuidadores informais e formais. Entre estes factores, poderíamos avançar a incapacidade/limitação cognitiva dos doentes, bem como fenómenos de denegação, vergonha ou medo das consequências, consoante os casos e as categorias de indivíduos contribuindo para a avaliação. Finalmente, convém ter em mente que se trata de amostras de conveniência (não probabilísticas), recrutadas para estudos com fins específicos, o que limita em muito qualquer veicidade de generalização dos resultados.

## Conclusões

As questões relativas aos fenómenos de abuso sobre pessoas idosas com doença neuropsiquiátrica envolvem as famílias de forma complexa. Por isso mesmo, qualquer resposta que se pretenda eficiente deverá assumir um elevado grau de investimento dos serviços e da sociedade em geral. Um primeiro passo é, necessariamente, o da avaliação mais alargada e sistemática da dimensão do problema e das necessidades de cuidados relacionadas. Este princípio aplica-se a nível internacional e no nosso país, em particular.



## Referências bibliográficas

- Almeida, I. F. S., Santos, C. L. dos, & Vieira, D. N. (2020). Abuso de Idosos e o Papel dos Profissionais de Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 36(1), 24–34. <https://doi.org/10.32385/rpmgfv36i1.12489>
- Alzheimer Europe. (2020). *Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe*. <https://www.alzheimer-europe.org/>.
- Anderson, J. G., Eppes, A., & O'Dwyer, S. T. (2019). "Like death is near": Expressions of suicidal and homicidal ideation in the blog posts of family caregivers of people with dementia. *Behavioral Sciences*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/bs9030022>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2019). *Estatísticas APAV - Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência 2013-2018*. [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Pessoas\\_Idosas\\_2013\\_2018.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2013_2018.pdf)
- Cheng, S. T., Au, A., Losada, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 21, Issue 7). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
- Cooper, C., Barber, J., Griffin, M., Rapaport, P., & Livingston, G. (2015). Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics / IPA*, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S1041610215002033>
- Direcção Geral de Saúde (2011). *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Fernandes, L., Gonçalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L. F., Dias, C., Mateos, R., & Orrell, M. (2009). Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics / IPA*, 21(1), 94–102. <https://doi.org/10.1017/S1041610208008041>
- Gonçalves-Pereira, M. (2017). Toward a Family-Sensitive Practice in Dementia. In A. Verdelho & M. Gonçalves-Pereira (Eds.), *Neuropsychiatric Symptoms of Cognitive Impairment and Dementia* (pp. 349–368). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-39138-0\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-319-39138-0_16)
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., Alves da Silva, J., Caldas de Almeida, M., Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, C. P., Prina, A. M., Prince, M., & Xavier, M. (2017). The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: a 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 261. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0647-5>
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., Mateos, R., & Orrell, M. (2007). Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Sciences-New York*, 25, 7–18
- Gonçalves-Pereira, M., & Leuschner, A. (2019). Portugal. In A. Burns & P. Robert (Eds.), *Dementia Care: International Perspectives* (pp. 219–230). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198796046.003.0029>
- Gonçalves-Pereira, M., Marques, M. J., Balsinha, C., Fernandes, A., Machado, A. S., Verdelho, A., Barahona-Corrêa, B., Bárrios, H., Guimarães, J., Grave, J., Alves, L., Almeida, M. C. de, Reis, T. A., Orrell, M., Woods, B., De Vugt, M., Verhey, F., & Actifcare Consortium. (2019). Necessidades de Cuidados e Recurso aos Serviços na Demência: Avaliação Inicial da Coorte Portuguesa no Estudo Actifcare. *Acta Médica Portuguesa*, 32(5), 355. <https://doi.org/10.20344/amp.11136>
- Gonçalves-Pereira, M., Marques, M. J., & Grácio, J. (2017). Family Issues in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Unraveling Circular Pathways? In A. Verdelho & M. Gonçalves-Pereira (Eds.), *Neuropsychiatric Symptoms of Cognitive Impairment and Dementia* (pp. 331–348). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-39138-0\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-39138-0_15)
- Gonçalves-Pereira, M., Prina, A. M., Cardoso, A. M., da Silva, J. A., Prince, M., & Xavier, M. (2019). The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *Journal of Affective Disorders*, 246, 674–681. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.067>
- Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011a). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública [Family psychoeducation in dementia: From clinical practice to public health]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, 3–10. <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo-resumo/psicoeducacao-familiar-na-demencia-da-clinica-a-saude-90021429>
- Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011b). Trabalho com famílias em psiquiatria geriátrica. *Acta Medica Portuguesa*, 24(SUPPL.4), 819–826
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292–298. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs195>
- Kerpershoek, L., de Vugt, M., Wolfs, C., Woods, B., Jelliey, H., Orrell, M., Stephan, A., Bieber, A., Meyer, G., Selbaek, G., Handels, R., Wimo, A., Hopper, L., Irving, K., Marques, M., Gonçalves-Pereira, M., Portolani, E., Zanetti, O., Verhey, F., & Consortium, the A. (2017). Needs and quality of life of people with middle-stage dementia and their family carers from the European Actifcare study. When informal care alone may not suffice. *Aging & Mental Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1390732>
- Madureira, S. (2010). A educação dos cuidadores. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(1), 62–67. <https://doi.org/10.32385/rpmgfv26i1.10714>
- Metcalf, A., Jones, B., Mayer, J., Gage, H., Oyebode, J., Boucault, S., Aloui, S., Schwertel, U., Böhm, M., Tezenas du Montcel, S., Lebbah, S., De Mendonça, A., De Vugt, M., Graff, C., Jansen, S., Hergueta, T., Dubois, B., & Kurz, A. (2019). Online information and support for carers of people with young-onset dementia: A multi-site randomised controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(10), 1455–1464. <https://doi.org/10.1002/gps.5154>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care | Guidance and guidelines | NICE*. The British Psychological Society and Gaskell. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>
- Orfila, F., Coma-Solé, M., Cabanas, M., Cegri-Lombardo, F., Moleras-Serra, A., & Pujol-Ribera, E. (2018). Family caregiver mistreatment of the elderly: Prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5067-8>
- Passos, J., Fonte, A., Dias, C. C., & Fernandes, L. (2017). The needs of older people with mental health problems in a Portuguese psychiatric setting. *International Psychogeriatrics*, 29(5), 845–853. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000072>
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2012). The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2012/638267>
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549–562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176, 444–452. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10912220>
- Sampaio, D. (2018). Terapia familiar sistémica: Uma introdução. In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 221–232). PACTOR.
- Serra, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ruisoto, P., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. (2018). Resilience and social support as protective factors against abuse of patients with dementia: A study on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 1132–1138. <https://doi.org/10.1002/gps.4905>
- Teles, S., Ferreira, A., Seeher, K., Fréel, S., & Paúl, C. (2020). Online training and support program (iSupport) for informal dementia caregivers: Protocol for an intervention study in Portugal. *BMC Geriatrics*, 20(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1364-z>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (WHO (ed.)).
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*.

# A formação de cuidadores na prevenção e deteção da violência contra as pessoas idosas

Carla Ribeirinho



## Introdução

Abordar o tema da importância da formação dos cuidadores na prevenção e deteção da violência contra as pessoas idosas, implica partir do pressuposto de que se trata de um *território* de intervenção com grande exigência ao nível dos conhecimentos, da ética, dos direitos, das metodologias e das técnicas de intervenção.

Prestar cuidados a pessoas idosas em situação de doença e/ou dependência representa um grande desafio para os cuidadores, quer sejam informais<sup>(1)</sup>, quer sejam formais<sup>(2)</sup>. Ocupamo-nos neste artigo especialmente dos **cuidadores formais**, embora possam existir aspetos generalizáveis a ambas as condições. Defendemos que é essencial uma formação técnica que abranja aspetos teóricos, humanos e éticos, a par de uma sólida e diferenciada formação humana. Sustentamos que a formação é essencial para que os cuidadores atualizem os conhecimentos adquiridos por via da sua formação inicial ou experiencial. Com a formação, os cuidadores podem aprender a desenvolver novos conhecimentos e competências, para fazer face a um contexto complexo e exigente, atendendo às complexas e multidimensionais necessidades das

(1) Os cuidadores informais são pessoas que cuidam de outras (normalmente com quem mantêm uma relação próxima, e.g., familiar, amigo, vizinho), em situações de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidados, desenvolvendo-se estes fora do âmbito profissional ou formal (Teixeira *et al.*, 2017).

(2) Os cuidadores formais são profissionais responsáveis pelos cuidados às pessoas idosas em instituições diversas, sendo remunerados para o efeito.

pessoas idosas e/ou em situação de dependência, que variam nos seus requisitos de cuidado, assistência e tratamento, assim como prevenindo e detetando precocemente potenciais situações de violência contra as pessoas idosas.

## Ser cuidador

Cuidar envolve esforço físico, mental, e psicológico e prestar cuidados a uma pessoa idosa, embora possa ter repercussões positivas, pode transformar-se por vezes, numa tarefa complexa, podendo gerar sentimentos de angústia, insegurança e desânimo no cuidador. Além de ter de saber lidar com o processo de envelhecimento e suas especificidades, o cuidador tem de conviver com a subjetividade associada às relações humanas (Ribeiro *et al.*, 2008) as quais podem revestir-se de grande complexidade. Desta forma, são requeridos conhecimentos e competências aos cuidadores, para satisfazer as necessidades da pessoa idosa, desde as mais básicas até às instrumentais e especializadas.

Um cuidador formal é um profissional a quem se exigem competências, desde as mais elementares, como o conhecer as necessidades da pessoa idosa, saber distingui-las, saber lidar com doenças e com os seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual (Sequeira, 2010). Para além do apoio na realização de atividades diárias básicas, como a higiene e a alimentação, as pessoas idosas podem ainda necessitar de assistência específica ao nível da saúde e requerer recuperação/reabilitação, encontrarem-se em fases terminais de uma doença, ou

então, sofrer de múltiplas condições crónicas, deficiências cognitivas e funcionais, entre outras (Spilsbury, *et al.*, 2011). A prestação de cuidados requer, deste modo, organização e esforço contínuo do cuidador, determinadas competências e qualidades humanas diferenciadas.

Ao assumir a responsabilidade pelos cuidados, o cuidador frequentemente depara-se com dificuldades e situações constrangedoras ou de tensão que lhe podem provocar algum desconforto, desgaste e mal-estar, conduzindo-o, não raras vezes a situações de limite, propícias à ocorrência de incidentes qualificados como violência.

Por outro lado, a coexistência de condições de trabalho exigentes neste campo pode conduzir os cuidadores a uma situação de exaustão física e emocional ou mesmo de *burnout*<sup>(3)</sup>. É, deste modo, imprescindível, que as instituições forneçam suporte emocional e (in)formação adequada aos cuidadores, com o objetivo quer de aumentar o seu desenvolvimento pessoal e profissional, quer de aumentar a satisfação e o bem-estar das pessoas a quem prestam cuidados.

Uma vez que os cuidadores são fortes candidatos a elevados níveis de stress e insatisfação laboral, devido à dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham algumas doenças, para além de muitos outros fatores já referenciados, têm vindo a ser desenvolvidos programas de formação para cuidadores formais de natureza diversa. Contudo, estes programas têm-se centrado frequentemente na informação e aquisição de conhecimentos e competências, desvalorizando (ou subvalorizando) os aspetos relacionais dos cuidados, bem como o stress e a sobrecarga emocional a que os cuidadores são sujeitos (Barbosa, *et al.*, 2011).

A nossa experiência de trabalho, de investigação e de formação nesta área tem-nos permitido inferir que existe uma significativa deficiência na formação dos cuidadores que lidam com pessoas idosas. Constata-se, desta forma, uma preparação insuficiente para lidar com a experiência humana do envelhecimento e da dependência, com consequências diversas como sofrimento psíquico, depressão, stress, angústia, síndrome de *burnout*, entre outros, por parte dos cuidadores (também atestada por Hayasida *et al.*, 2014).

De facto, um olhar atento sobre a realidade da prestação de cuidados em Portugal permite atestar um baixíssimo investimento na formação e capacitação de cuidadores de pessoas idosas. Não obstante todos os esforços empreendidos em vários setores, estes cuidadores formais responsáveis pelos cuidados diretos às pessoas idosas e/ou em situação de dependência, apresentam ainda um perfil muito próximo do identificado por Sousa (2011): uma categoria insuficientemente qualificada, na qual pouco se tem investido em formação; profissionalmente instável e com baixas

perspetivas de evolução; mal remunerada; submetida a uma carga de trabalho significativa; com um trabalho de grande desgaste físico e psicológico; muitas vezes sem o devido enquadramento e supervisão do seu trabalho (quer na fase de integração, quer posteriormente).

A gravidade desta situação situa-se no facto de que estes cuidadores desempenhem um papel fundamental na prestação de cuidados, tendo a sua ação um significativo impacto sobre a qualidade dos serviços prestados e sobre o bem-estar dos destinatários do seu trabalho. Este argumento atesta a importância do desenvolvimento de política séria e rigorosa nesta área sobretudo ao nível da formação inicial e contínua, reforçando o seu estatuto, a sua valorização e a dignificação do trabalho desta área.

Embora pareça inquestionável a necessidade de uma preparação específica para o desempenho deste papel com competências próprias, a realidade nem sempre é coincidente com esse pressuposto.

O frágil reconhecimento social dos cuidadores, a par do aumento da procura de cuidados, por um lado, e uma escassez do número de pessoas dispostas a realizá-los, por outro, origina o acréscimo da procura de mão-de-obra barata procedente designadamente da imigração ou de programas de incentivo ao regresso ao trabalho, que vê neste setor novas oportunidades laborais.

O *staff* existente quer em estruturas residenciais, quer em centros de dia ou serviços de apoio domiciliário, deve ser uma preocupação de elevada centralidade, devido aos desafios na determinação do número adequado e do tipo de colaboradores requeridos. Estes prestadores de cuidados diretos em instituições, têm um trabalho difícil, durante muitas horas (muitas das quais no período noturno), são mal pagos, recebem benefícios mínimos e são propensos a lesões e depressão (Stone, 2004; Zimmerman, *et al.*, 2005). Registam também elevados níveis de absentismo e grande instabilidade, saídas e substituições frequentes, que por sua vez, comprometem a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a desmotivação tem como consequência comportamentos e atitudes dos quais os cuidadores podem não estar conscientes, mas que afetam negativamente a vida das pessoas idosas e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Sousa, 2011).

Llobet *et al.* (2010) defendem que a motivação com o trabalho, a satisfação pessoal, a qualidade de vida e o nível de formação dos cuidadores são fatores que influenciam de forma determinante a qualidade do cuidado, estando todos eles frequentemente comprometidos. Todos estes condicionalismos constituem um perigoso *húmus* para a ocorrência de situações tipificadas como violência nos cuidados.

## **A violência contra as pessoas idosas no âmbito dos cuidados**

A violência contra as pessoas idosas não é um fenómeno atual, tendo a sua expressão pública sido naturalizada ou inexistente até ao século XX. A sociedade foi tendo consciência de que a violência sobre as pessoas idosas existia, no entanto, esta violência era

(3) Síndrome de *stress* ocupacional que envolve o desenvolvimento de um auto-conceito negativo, atitudes negativas em relação ao trabalho e uma diminuição ou perda de preocupação e sentimentos pelos utentes. Tal reside num desequilíbrio persistente entre as exigências e os recursos, ou quando existe um conflito entre o trabalho desenvolvido e os valores organizacionais. O *burnout* tem sido definido como uma reação de exaustão, resultado de pressão emocional constante ou repetida, associada a um envolvimento intenso com pessoas, ao longo de um determinado período de tempo (Kadushin e Harkness, 2014).

apoio



FUNDAÇÃO  
CALOUSTE  
GULBENKIAN

APAV<sup>®</sup>  
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima  
Apoio à Vítima

As marcas de violência na infância nunca passam

CHAMADA GRATUITA  
**116 006**  
LINHA DE APOIO À VÍTIMA  
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H

normalmente associada ao contexto familiar, que ocorria dentro da casa das pessoas idosas ou dos seus familiares e era praticada por pessoas que com elas conviviam. Progressivamente este assunto assumiu uma maior visibilidade social, começando a perspectivar-se também em contextos de prestação de cuidados em instituições (Ribeirinho, 2019a). Assim, tem vindo a aumentar a consciência de que a violência ultrapassa as paredes da “casa da família” e passa a ser praticada por outros agentes (Dias, 2005).

Ocasionalmente vão surgindo na comunicação social notícias de ocorrência de casos de violência nas instituições que acolhem ou prestam serviços a pessoas idosas, como, por exemplo, de instituições que funcionam em situação de ilegalidade e/ou que não têm condições de segurança, higiene e habitabilidade para os seus utentes, mas não apenas nestas.

Estudar o fenómeno da violência no âmbito dos cuidados, especificamente em contexto institucional, dotado de grande opacidade, tem sido, ao longo do tempo, uma tarefa muito complexa e delicada, uma vez que implica entrar numa esfera associada à prestação de cuidados e serviços dirigidos a pessoas. A violência contra as pessoas idosas em contexto institucional é, efetivamente, dissonante da missão que estas prosseguem, ou seja, de promover um envelhecimento com dignidade, prestar serviços e cuidados de qualidade, garantindo os direitos e a proteção das pessoas a quem se destina a sua ação.

Verifica-se também que, por vezes, o facto de se aceitarem alguns indícios potenciais de maus-tratos em contexto institucional como “normais” e/ou “inevitáveis”, devido à habitual escassez de recursos, sobretudo humanos, ou por outros fatores (que analisaremos mais adiante), tornam mais difícil a investigação e a intervenção nesta área. A violência institucional (quer seja prestada efetivamente no seio de uma instituição ou no domicílio) é uma forma particular de contradição nos cuidados, uma vez que ocorre num contexto que deveria ter por princípio proteger as pessoas idosas, salvaguardando os seus direitos. De facto, normalmente associa-se às instituições sociais e de saúde um carácter de proteção e não se perspectiva a possibilidade de a ver como agente de violência.

Faleiros (2007) define a violência institucional como um tipo de relação que existe nas instituições e serviços (públicos e privados) nos quais se impede, ou atrasa, o acesso das pessoas idosas aos mesmos, e onde não são ouvidas com atenção e/ou paciência, sendo muitas vezes alvo de humilhação, infantilização ou hostilidade, não respeitando a sua autonomia. Para Steinmetz (1993), o abuso institucional geralmente é praticado por pessoas que são remuneradas para prestarem cuidados e serviços às pessoas idosas. Contudo, os maus-tratos podem ser cometidos também por residentes sobre profissionais<sup>(4)</sup>, ou mesmo entre residentes (IDS, 2002).

Já Minayo (2003) situa a violência no contexto de uma cultura negligente que se verifica em algumas instituições sociais e de saúde, expressa nas relações de despersonalização, destituição de

(4) É importante que os cuidadores se protejam de situações de violência, que podem ir de incidentes de pouca importância até episódios que ameacem a sua integridade física. Para tal, devem saber quais as pessoas idosas que podem tornar-se violentas e que tipo de situações podem originar a ocorrência de violência. A formação dos cuidadores deve abranger também as medidas de prevenção e reação aos maus-tratos por parte de pessoas idosas (IDS, 2002).

poder e vontade, bem como na omissão de cuidados específicos. As causas deste fenómeno são múltiplas e vão desde fatores de ordem micro a fatores de ordem meso e macrosocial: tipo de assistência; stress do pessoal; dificuldade de interação entre os profissionais e as pessoas idosas; ambiente interno e políticas organizacionais (Carvalho e Rodrigues, 2013). Analisando estas causas com maior profundidade verifica-se que a **formação inexistente, insuficiente ou desadequada** atravessa potencialmente todas as dimensões em presença. Embora todas essas causas tenham grande relevância e estejam todas intrínseca e extrinsecamente interligadas, deter-nos-emos sobretudo sobre as que estão relacionadas com a **formação dos cuidadores**.

Os fatores mais expressivos relacionados com os maus-tratos institucionais ligados aos recursos humanos, identificados na literatura (IDS, 2002; Madinabeitia, 2003; ISS, IP, 2010) são:

- existência de maior probabilidade de ser exercida violência por profissionais que detêm menos poder formal na instituição, maior índice de insatisfação com a carreira profissional e com a recompensa monetária e falta de reconhecimento pelos cuidados prestados;
- potencial negligência por parte de elementos que têm mais poder formal, nomeadamente quando ignoram as aspirações dos cuidadores e das pessoas idosas aquando da tomada de decisões que as afetam, reforçando ciclos de não-participação e falta de transparência, abuso de poder, inadequação de cuidados que conduzem ao mau funcionamento da instituição;
- aumento do risco de cansaço profissional, particularmente no cuidado de pessoas que sofrem de doenças incapacitantes (e.g. demências) que levam a comportamentos que podem potenciar a frustração dos cuidadores e inexistência ou desinteresse em relação a oportunidades formativas de qualificação dos cuidadores;
- os profissionais poderão ter referências culturais e religiosas diferentes das pessoas idosas e a desatenção a estes aspetos pode levar ao desrespeito e falta de compreensão;
- falta de consciência de que podem estar a ser abusivos;
- baixa capacidade de tolerância à frustração e gestão da ansiedade;
- vida pessoal (privada) stressante;
- gerontofobia<sup>(5)</sup>;
- carecerem de formação adequada sobre envelhecimento e sobre pessoas idosas vítimas de crime e de violência;
- não terem sido sensibilizados para a existência da vitimação das pessoas idosas;
- não disporem de protocolos de identificação, avaliação e intervenção para os casos de violência;
- não beneficiarem de uma adequada supervisão e coordenação para trabalhar em equipa;
- não disporem de meios adequados para diagnosticar de forma diferencial a vitimação quando as pessoas idosas apresentam lesões e traumatismos, ou quando apresentam problemas de desidratação, má nutrição, hipotermia e quedas;
- terem dificuldades em assumir que existem manifestações de violência na sua instituição;
- não disporem de normas concretas quanto à confidencialidade – quando a devem preservar ou levantar;
- terem medo de represálias por parte do agressor, quando este é um colega;

(5) Aversão a, ou medo patológico de pessoas idosas ou do processo de envelhecimento.

- não querem envolver-se em questões legais;
- não conhecerem os recursos disponíveis e conseqüentemente não sabem encaminhar as pessoas mais velhas para as instituições ou serviços adequados;
- não disporem de tempo necessário para o atendimento adequado às pessoas idosas com quem lidam;
- terem atitudes culturais desfavoráveis: atitudes de idadeísmo; justificar a situação por considerarem as próprias pessoas idosas culpadas, uma vez que são um peso demasiado grande na vida dos prestadores de cuidados/familiares;
- existência de outras situações como o excesso de tarefas e/ou exigência de horários rígidos ou demasiado longos para a execução destas, aumentando assim a possibilidade de *burnout* pelo *stress* negativo acumulado no trabalho.

Os maus-tratos podem ocorrer isolada ou repetidamente e serem praticados com intencionalidade ou por negligência (IDS, 2002). Sejam de que natureza forem, os maus-tratos são sempre inaceitáveis, quer os mais graves, que constituem crimes, quer aqueles que, embora não o sendo, podem comprometer seriamente a qualidade de vida, a autonomia e a felicidade da pessoa idosa. No caso da violência ocorrida no contexto dos cuidados eles são praticados por pessoas que estão numa posição de confiança, o que pode acentuar a gravidade dos efeitos, sobretudo a nível psicológico e emocional, o que deve ser um aspeto central a abordar na formação de cuidadores.

Tais argumentos não significam deixar de ter em consideração que, mesmo quando os cuidadores têm formação possa existir intencionalidade, o que é especialmente censurável, nomeadamente os que implicam ofensas físicas, psicológicas, sexuais, ou prejuízos patrimoniais. Não obstante, são também inaceitáveis os maus-tratos cometidos sem intenção de fazer mal, por falta de formação, ignorância, incompreensão ou insensibilidade. Por exemplo, não proporcionar o convívio da pessoa idosa com a família ou pessoas significativas, não dar atenção devida aos seus gostos, expectativas, anseios, sofrimentos, medos ou frustrações, descuidar aspetos da intimidade e da sua sensibilidade, da sua higiene e conforto, etc. Estes e outros exemplos revelam inconsideração de direitos e necessidades fundamentais da pessoa, podendo originar conseqüências nefastas (IDS, 2002) o que, no nosso ponto de vista pode e deve ser trabalhado em **espaços de formação** (formais e informais) contínuos.

### **Capacitação dos cuidadores como fator protetor em relação à violência contra pessoas idosas**

Por tudo o que temos vindo a apresentar, argumentamos que todos os cuidadores, bem como toda a comunidade institucional tem o dever de prevenir os maus-tratos. Os órgãos diretivos têm acrescida responsabilidade na conceção, divulgação e implementação de estratégias e medidas destinadas a evitar os maus-tratos, através de **espaços concretos de (in)formação** a intervir precoce e adequadamente quando ocorrem e a promover a recuperação da pessoa atingida (IDS, 2002).

Defendemos o desenvolvimento de programas que visem não só, a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados, mas também o desenvolvimento de estratégias que

promovam o autocuidado, a gestão de *stress* e sobrecarga emocional. Para além da via imprescindível da formação, a supervisão enquanto processo que envolve “cuidar dos cuidadores”, pode contribuir para apoiar cuidadores que vivenciam sentimentos menos positivos. Se esses sentimentos forem frequentes numa instituição, o baixo nível de moral resulta num alto *turnover*, absentismo repetido, atrasos, desatenção no trabalho, não cumprimento, queixas frequentes e atrito interpessoal, tudo condições adversas à qualidade dos cuidados (Ribeirinho, 2016) e consubstanciar-se como fatores de risco à ocorrência de situações de violência.

Aos profissionais com responsabilidades de coordenação/gestão de equipas cuidadoras, cumpre coordenar, apoiar, formar e supervisionar os cuidadores no desenvolvimento do seu trabalho com as pessoas idosas, implementando medidas que os ajudem a desenvolver estratégias de enfrentamento e superação das adversidades subjacentes à sua prática diária. A este nível podemos identificar algumas áreas de especial atenção:

- manter a motivação dos cuidadores através de estímulos permanentes ao desenvolvimento de práticas que promovam e efetivem qualidade de vida das pessoas idosas;
- estimular a formação permanente dos cuidadores;
- criar oportunidades de intercâmbio de experiências e conhecimentos entre cuidadores internos e externos, para enriquecer as práticas institucionais (por exemplo comunidades de práticas ou grupos de intervenção/*peer group*);
- desenvolver nos cuidadores o sentimento de pertença e de responsabilidade no fazer, através de técnicas de trabalho em equipa (González, 2003; Ribeirinho, 2013; 2019b).

A respeito deste último tópico importa referir que normalmente, os cuidadores não se reconhecem como perpetradores de violência, imputando eventuais situações da sua ocorrência a motivos exteriores a si mesmos. Este argumento sublinha a necessidade de debate para promover uma reflexão sobre o que cada um pode fazer para mudar esta realidade. “Um bom começo é esclarecer sobre a violência institucional, estimular uma visão mais positiva da velhice e implementar a cultura de solidariedade intergeracional” (Souza et al., 2012, p. 70).

É também importante desconstruir a ideia de que apenas os cuidadores (profissionais da intervenção direta da prestação de cuidados) são os potenciais perpetradores de maus-tratos. Para entender que este é um assunto que a todos diz respeito, é importante partir do pressuposto básico de que qualquer pessoa, em qualquer nível institucional, pode ser agente, em determinadas circunstâncias, e de diferentes formas, de violência institucional.

Desta forma, para promover um exercício de cuidados qualificado é importante dotar os cuidadores e profissionais que contactam direta ou indiretamente com pessoas idosas, de ferramentas que permitam uma identificação de fatores de risco e de vulnerabilidade face a situações abusivas dentro das instituições. É também requerido que esta informação seja recolhida de forma estruturada e que a formação destes profissionais inclua estes parâmetros de atuação, bem como de um conhecimento estruturado dos fatores e dinâmicas que poderão potenciar situações de risco. Alguns desses tópicos estratégicos podem ser, entre outros:

- saber identificar fatores de risco dinâmicos que podem ser alvo



de intervenção e diminuir as situações de risco;

- insistir que práticas abusivas sejam discutidas nas reuniões de pessoal e falar com os colegas sobre situações difíceis e encontrar em conjunto táticas para lidar com elas;
- recorrer a outros saberes e práticas profissionais sempre que as situações assim o exigirem;
- se uma pessoa idosa recusa receber cuidados ou falar, sair um pouco e tentar mais tarde negociar uma outra altura para conversar e encontrar soluções;
- fazer uma pausa sempre que se sente a perder a calma;
- pedir desculpa à pessoa idosa se de alguma maneira a desrespeitou ou causou sofrimento;
- assegurar-se da assunção das normas e procedimentos da instituição em relação à violência;
- reportar situações de violência quando testemunhadas ou suspeitadas.

A formação de cuidadores deve começar a partir do modelo de necessidades e adaptar-se aos seus níveis de complexidade, incluindo conhecimentos, atitudes e habilidades, acompanhados de reflexão pessoal ou introspeção e facilitação da experiência, além de orientação e avançando para níveis mais complexos de excelência. Em alguns contextos, pode ser útil usar ferramentas como vídeos ou fragmentos de filmes em que os comportamentos observados são visualizados e discutidos.

A participação em processos de formação contínua estimulantes e mais “formais” é fundamental, mas consideramos igualmente que os cuidadores podem também adquirir saber(es) na experiência da partilha, da construção de críticas fundamentadas em relação com outros profissionais, proporcionados pela participação em espaços de supervisão, de trabalho em equipa e de trocas e aprendizagens com os outros agentes da intervenção. A supervisão, por exemplo, pode ser considerada um espaço de autoformação, na medida em que permite a reconfiguração dos saberes, a partir da interação dos conhecimentos prévios com os conhecimentos emergentes, resultantes da análise das situações e temas nela discutidos. Pode, igualmente, constituir-se como um espaço de formação, porque ao atualizar os referenciais (éticos, políticos, teóricos, metodológicos e pedagógicos) reformula e transforma os comportamentos e as atitudes pessoais e profissionais (Ribeirinho, 2019b). Os profissionais não adquirem conhecimento profissional apenas nas instituições formais, mas também no quotidiano, com o seu trabalho e com o dos outros (*training on the job*).

Por outro lado, esta formação é entendida muito além dos procedimentos técnicos, ou seja, visa a **capacitação dos cuidadores** fornecendo de novas ferramentas estratégicas que facilitam os cuidados que prestam às pessoas idosas. Isto implica: que exista disponibilidade positiva para aprender (e ensinar); que o aperfeiçoamento seja facilitado pela criação de condições favoráveis para o efeito; que existam espaços de aprendizagem dos princípios éticos nos cuidados. Deste modo, a formação surge a partir das necessidades e dificuldades dos cuidadores e deve ser entendida como método de formação permanente que visa assegurar serviços de qualidade, elevando o nível técnico-operativo e relacional.

A formação enquanto processo de aquisição e renovação de conhecimentos é um elemento fundamental para conseguir que os cuidadores desenvolvam um trabalho de qualidade junto das

pessoas idosas, prevenindo a ocorrência de situações de violência. Para os cuidadores permite melhorar a prestação dos cuidados e serviços, uma maior estabilidade, melhores relações interpessoais, diminuição de conflitos, melhorar a relação com os utentes, ou seja, uma maior qualidade global do seu trabalho. Para a instituição as vantagens da formação situam-se numa maior implicação do pessoal, maior coesão, melhor clima organizacional, aumento da responsabilidade pelo trabalho por parte de cada profissional, e, em suma, uma melhoria da qualidade geral na instituição (Ribeirinho, 2013) e na qual a política de tolerância a situações de violência seja o mais próxima possível do zero.

Os cuidadores são, assim, desafiados a aliar a formação a um perfil permanentemente alimentado com os produtos da formação contínua, a qual: estimule a sua motivação; promova o conhecimento de novas temáticas; impulsione o pensamento crítico e reflexivo; estimule a criatividade e a inovação; fomente as capacidades de análise, planeamento e decisão; desenvolva as competências de trabalho em equipa.

## Notas finais

O desenvolvimento de competências dos cuidadores em ordem à prevenção, deteção e mitigação da ocorrência de situações de violência é um fator chave para o seu próprio bem-estar e qualidade de vida, dos destinatários do seu trabalho e para a qualidade global do trabalho da própria instituição. Não obstante, verifica-se frequentemente um desajuste entre o que é exigido a estes cuidadores e as condições de formação e de trabalho que as instituições lhes proporcionam. Apesar da imposição legal da existência de formação, muitas vezes o investimento nesta área é ainda negligenciado.

A aposta na formação dos cuidadores deve deixar de ser vista como uma atividade extraprofissional e como uma perda de tempo e dinheiro, e cada vez mais ser encarada como investimento com retorno na dignificação dos cuidados e de prevenção da violência. Investir na formação deve ser percecionado também como veículo de exigência e de excelência na valorização do capital humano e não se confinar apenas ao cumprimento da legislação do código do trabalho em vigor (e por vezes nem isso).

No contexto dos cuidados verificam-se, muitas vezes, técnicas de trabalho tomadas como certas e eficazes ou que nunca foram tomadas como “violentas” porque “sempre se fez assim”, mas que rapidamente se foram tornado obsoletas, sobretudo com o aumento da consciência dos direitos humanos. É neste quadro que assume particular relevância a formação dos cuidadores, essencial para que estes possam ter acesso a informação mais atualizada e adaptada às especificidades dos diferentes contextos de intervenção, bem como dos diferentes perfis de pessoas idosas.

Em suma, num contexto de intervenção tão complexo e multidessafiante, urge a criação de ambientes formativos estimulantes, reflexivos, analíticos, interpretativos, questionadores de mitos e preconceitos (que favorecem a ocorrência de expressões diversas de violência). Estes só se consubstanciarão como uma mais-valia diferenciadora se assumirem um papel efetivo numa

intervenção de maior qualidade, a qual salvaguarde o direito das pessoas idosas a serem cuidadas com dignidade.



## Referências bibliográficas

- Barbosa, A. et al. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.
- Carvalho, M. e Rodrigues, M. (2013). "Pobreza e violência sobre os idosos" in Carvalho, Maria (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor, pp. 137-148.
- Faleiros, V. (2007). *Violência contra a pessoa idosa, ocorrência, vítimas e agressores*. Brasília, Universa.
- Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- Kadushin, A. e Harkness, D. (2014). *Supervision in Social Work* (5ª ed.). New York: Columbia University Press.
- Llobet, M. et al (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19, p. 1-6.
- Madinabeitia, A. (2003), "Maltrato en el ámbito institucional" in *Revista Multidisciplinar de Gerontología*; 13(2), 102-113.
- Minayo, M. (2003). Violência Contra Idosos: Relevância para um Velho Problema, *CAD Saúde Pública*, Maio-Junho, 19 (3): 783-91.
- Ribeirinho, C. (2013). "Serviço Social gerontológico: Contextos e práticas profissionais" in Carvalho, M., *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa: Pactor, pp.177-200.
- Ribeirinho, C. (2016). "Gestão das emoções e afetos no cuidar: a supervisão emocional das equipas de cuidados" in Moura, Cláudia (org.), *Novas competências para novas exigências no cuidar*, Porto, EUedito, pp. 219-234.
- Ribeirinho, C. (2017). Formação dos Recursos Humanos que prestam apoio e serviços a pessoas idosas, *Agenda de Gerontologia 2018*; Lisboa: Almaletra.
- Ribeirinho, C. (2019a). "Violência contra pessoas idosas em contexto institucional: (Re)conhecimento e intervenção", in *Maus-Tratos a Pessoas idosas*, Paulino, Mauro e Costa, Dália, Lisboa, Pactor, pp.119-142.
- Ribeirinho, C. (2019b). *Supervisão Profissional em Serviço Social - Ao encontro de uma prática reflexiva*, Lisboa, Pactor.
- Ribeiro, M. et al. (2008). Profile of caregivers of elderly in long-term care institutions in Belo Horizonte-MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1285-1292.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos dependentes*. Porto: Quarteto.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Principia.
- Spilsbury, K., et al, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, p.732-750.
- Steinmetz, S. K. (1993). "The abused elderly are dependent. Abuse is caused by the perception of stress associated with providing care", in Richard J. Gelles; Donileen R. Loseke (eds.), *Current Controversies on Family Violence*, California, Sage Publications, pp. 222-236.
- Stone, R. I. (2004). The direct care worker: The third rail of home care policy. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 521-537.
- Teixeira, A. et al. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - Documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. Lisboa, Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS.
- Zimmerman, S., et al. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl 1), 96-105.

# Idosos que cuidam de idosos: um contexto de vulnerabilidade

Carmen Andrade



## Introdução

Viver mais anos é uma aspiração das pessoas em qualquer sociedade. Para isso é importante que se envelheça mantendo o expoente máximo de autonomia.

O envelhecimento tem sido cada vez mais notório nas estruturas populacionais a nível mundial. No decorrer deste século tem-se verificado uma significativa mudança no que concerne à população mundial, seja a nível macro ou micro, pelo aumento da longevidade, elevando o quantitativo de situações de dependência face a terceiros (António, 2013; Pinto, Fernandes & Botelho, 2007; Gil & Fernandes, 2011).

Portugal não é indiferente a este cenário, observando-se uma estrutura populacional envelhecida que se traduz no aumento da população com 65 e mais anos e na diminuição da população jovem. Analisando os dados disponíveis do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2017 existiam 21,1% de pessoas com mais de 65 anos; existiam 155,4% de pessoas com mais de 65 anos para cada 100 jovens (INE, 2018).

Em Portugal, no período de 2015-2080 a população com mais de 65 anos tenderá a aumentar, atingindo o seu expoente máximo em 2040. Não obstante, importa ter presente de que isto não significa, obrigatoriamente, que o envelhecimento seja vivido com qualidade de vida (Rodrigues & Moreira, 2019). Paralelamente, estas alterações na dinâmica populacional poderão significar o crescimento do

quantitativo de situações de dependência face a terceiros, com as famílias a assumirem os cuidados aos seus idosos (Gil & Fernandes, 2011).

Como resultado destas mudanças, os cuidadores familiares têm vindo a emergir como um importante recurso, sendo-lhes frequentemente atribuída a responsabilidade pelo cuidado ao seu familiar.

Em pleno século XXI, prevê-se que cerca de 90,0% dos cuidados prestados no domicílio à população idosa sejam assumidos pelos cuidadores familiares (Ducharme & Trudeau, 2002). Em Portugal não existem, ainda, estudos suficientes que permitam identificar o número de cuidadores familiares que têm à sua responsabilidade a prestação de cuidados no domicílio a pessoa dependente. Nos Açores, estima-se que cerca de 3,0% da população idosa, a maioria com mais de 75 anos, esteja dependente de um cuidador familiar para a realização das atividades de autocuidado (Andrade, 2014).

A vulnerabilidade das famílias com pessoas dependentes e seus cuidadores familiares às ameaças na saúde não pode ser esquecida. A necessidade de responder às suas necessidades deve ser reconhecida e incorporada na política de saúde do país, na filosofia das instituições de saúde, bem como na organização e gestão do trabalho dos enfermeiros na comunidade.

O conhecimento disponível sobre esta problemática, nomeadamente em Portugal, é consensual em reconhecer que a prestação de

cuidados a uma pessoa dependente, sobretudo de longa duração, implica um grande desgaste, com consequências na saúde de ambos (Andrade, 2014).

Na literatura encontram-se exemplos que estudam dimensões relacionadas com as suas necessidades, com os impactes (positivos e negativos) e a sobrecarga (objetiva e subjetiva) associada ao desempenho do papel, a saúde mental dos cuidadores e qualidade de vida, e as intervenções tendentes a reduzir ou amortecer o impacto das fontes de stress (Andrade, 2014).

É no contexto do envelhecimento populacional e da emergência de famílias confrontadas com a dependência no autocuidado que se insere o presente artigo, focando-o no cruzamento do cuidado familiar a pessoas idosas e no conceito de vulnerabilidade, a partir de um estudo realizado junto de famílias com pessoas dependentes no autocuidado (Andrade, 2014).

No desenvolvimento desta reflexão, estruturamos o artigo, primeiro, enquadrando o fenómeno do envelhecimento populacional, depois, apresentando alguns dos resultados da investigação realizada junto de cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, passando, então, para a apresentação de um conjunto de reflexões tendo por base o conceito de vulnerabilidade.

## **Famílias com pessoas dependentes no autocuidado: um estudo**

A problemática centrada no âmbito das dinâmicas e funcionamento das famílias com pessoas dependentes e dos cuidadores familiares tem vindo a ser alvo do nosso particular e crescente interesse.

Assim, desenvolvemos um processo de investigação-ação orientado pela moldura de O'Leary (2004), numa unidade de cuidados domiciliários de um concelho da Região Autónoma dos Açores, estruturado em quatro fases: (i) diagnóstico; (ii) planeamento da ação; (iii) implementação da ação e (iv) avaliação do seu impacto (Andrade, 2014).

O estudo que aqui se apresenta resulta da referida fase de diagnóstico, tendo como objetivos a caracterização:

- i) das famílias quanto à sua tipologia, às condições socioeconómicas e ao tipo de alojamento;
- ii) das pessoas com dependência no autocuidado quanto a atributos sociodemográficos, situação de dependência e condição de saúde;
- iii) dos cuidadores familiares quanto a atributos sociodemográficos, perceção de autoeficácia e cuidados dispensados;
- iv) dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados às pessoas dependentes no domicílio.

A população do estudo constituiu-se pelas famílias abrangidas pela já referida unidade (270<sup>(1)</sup>) ao momento da aplicação do formulário. Participaram 200 famílias (74,0%), o correspondente a 200 pessoas dependentes e a 198 cuidadores familiares<sup>(2)</sup>.

(1) Das 270 famílias abrangidas pela unidade de cuidados de saúde, algumas recusaram participar, outras mudaram de residência e, em algumas, a pessoa dependente faleceu antes de se ter procedido à recolha de dados.

(2) Dois cuidadores familiares cuidavam de duas pessoas dependentes na mes-

A recolha de dados foi efetuada através de um formulário<sup>(3)</sup> aplicado pelos investigadores no domicílio das famílias, com a participação dos cuidadores familiares e da pessoa dependente, desde que reunisse condições, sobretudo cognitivas, para o efeito. Maioritariamente, a exploração das variáveis foi efetuada através de questões fechadas, dicotómicas ou múltiplas.

A avaliação do nível de dependência foi efetuada através da aplicação de escala desenvolvida por Duque (2009), sendo constituída por indicadores agrupados pelos domínios específicos de autocuidado, num total de onze (Tomar banho; Vestir-se e despir-se; Arranjar-se; Alimentar-se; Usar o sanitário; Elevar-se; Virar-se; Transferir-se; Usar cadeira de rodas; Andar; Tomar a medicação). A determinação dos indicadores teve por base as características específicas definidas na Nursing Outcomes Classification (Moorhead *et al*, 2008). As variáveis foram operacionalizadas através de uma escala tipo Likert com 4 pontos<sup>(4)</sup>. O estudo das propriedades da escala revelou um nível de fidelidade elevado (Alpha de Cronbach de 0,897).

A escala permitiu, não só, a avaliação do nível de dependência global, mas também por domínio de autocuidado e, ainda, por cada uma das atividades relacionadas com cada um desses domínios. Este tipo de avaliação permite, também, a identificação do potencial de autonomia remanescente em cada um dos domínios de autocuidado, em particular, para cada uma das atividades necessárias à sua concretização, nem que para tal seja necessário recorrer ao uso de equipamentos e/ou dispositivos facilitadores destas mesmas atividades.

A perceção de autoeficácia do cuidador familiar nas atividades de cuidado foi avaliada através de escala organizada em torno de indicadores agrupados pelos domínios de autocuidado e por domínio de ação com indicadores agregados nos nove processos centrais ou dimensões do papel de cuidador identificados por Schumacher *et al*. (2000). Deste modo, a cada uma das variáveis foi associada uma escala tipo Likert com 4 pontos<sup>(5)</sup>. Também o estudo das suas propriedades revelou um nível de fidelidade elevado (Alpha de Cronbach de 0,879).

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.

A garantia da participação livre e informada dos participantes foi efetuada através de consentimento informado, tendo sido envidados os esforços considerados necessários no sentido de garantir que a informação relativa à investigação em que participariam era realmente compreendida, estando em situação de proceder a uma escolha livre sobre a sua participação. Do mesmo modo, foi declarada a possibilidade de interromperem a sua participação caso assim o considerassem.

---

ma família.

(3) O formulário foi desenvolvido pelo núcleo de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo sido já validado e utilizado em estudos realizados no continente português.

(4) 1 – Dependente não participa; 2 – Necessita de ajuda de pessoa; 3 – Necessita de equipamento; 4 – Completamente independente.

(5) 1 – Incompetente; 2 – Pouco competente; 3 – Medianamente competente; 4 – Muito competente.

Dos resultados do estudo faremos referência, apenas, aos que consideramos serem pertinentes e adequados no contexto da intencionalidade deste artigo.

Assim, as tipologias de família mais comuns (89,8%) são a “clássica sem núcleo” e a “clássica com um núcleo”, com uma média de 3 membros por família. As famílias com um núcleo eram, na sua maioria, constituídas pelo cônjuge, que assumia o papel de cuidador familiar, e pela pessoa dependente. O número de membros, em média, situou-se nos três por família. Mais de metade das famílias (61,2%) auferia um rendimento mensal inferior a 1000€.

À semelhança do verificado em outros estudos, a maioria das pessoas dependentes era do sexo feminino (63,8%), com mais de 80 anos de idade (45,9%), sendo o estado civil mais representativo o de viúvos (48,0%). A maioria (85,8%) era analfabeta (53,4%) ou possuía o 1º ciclo do ensino básico (32,7%).

Também o perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares vai ao encontro dos já identificados em outros estudos. Verificou-se a predominância do sexo feminino (90,7%) assim como do estado civil casado/união de facto (77,8%), tendo a maioria idade superior a 60 anos. Quase metade era analfabeta (44,6%) e não tinha qualquer ocupação profissional (78,2%). A maioria (81,0%) vivia com a pessoa dependente, sendo a relação de parentesco predominante a de filho/a (36,6%), seguida de marido/esposa (26,3%). Embora a condição de saúde não tenha sido uma variável incluída no formulário, através das notas de campo, constatou-se que mais de metade sofria de uma ou mais doenças crónicas, algumas com repercussões na capacidade cognitiva e na capacidade funcional.

A situação de dependência no autocuidado foi caracterizada em termos de duração, causa e nível.

O tempo médio de duração foi de 6 anos com motivos maioritariamente relacionados com doença crónica (50,0%) e envelhecimento (29,1%).

Em termos de nível de dependência global no autocuidado, verificou-se que todos os participantes necessitavam da ajuda de alguém, parcial ou total, para o desempenho das atividades de autocuidado, o mesmo se verificando por domínio de autocuidado, designadamente, “Usar o sanitário”, “Vestir-se e despir-se”, “Tomar banho”, “Arranjar-se”, “Andar”, “Tomar a medicação” e “Alimentar-se”, com 99,5% a 100% a necessitarem de ajuda de alguém. Foi nos autocuidados “Transferir-se”, “Elevar-se” e “Virar-se” que se verificou uma menor percentagem de pessoas a necessitarem de ajuda de alguém, parcial ou total (respetivamente, 84,7%, 76,1% e 68,9%), o que significa a existência de uma parcela da população com maior nível de independência (a necessitar de equipamento ou a ser independente), sobretudo se tivermos em conta que a dependência global no autocuidado é fortemente influenciada pela dependência nestes autocuidados em particular.

Tomando por base cada uma das atividades específicas de autocuidado, cerca de ¼ demonstrava capacidade de as realizar, sendo, assim, revelador de um potencial de autonomia a ser valorizado.

A níveis mais elevados de dependência estavam associados mais compromissos da condição de saúde, mais episódios de internamento<sup>(6)</sup> e polimedicação<sup>(7)</sup>.

Dos compromissos da condição de saúde, salienta-se a restrição da amplitude articular (78,1%), sinais de desidratação (49,5%), compromisso respiratório (41,3%), alteração do estado mental (34,7%), compromisso da integridade da pele (31,1%) e desnutrição (28,6%). 17,9% e 13,8% das pessoas dependentes apresentavam, respetivamente, deficientes condições de higiene e de vestuário. No que respeita à perceção de autoeficácia dos cuidadores familiares, constatou-se que, globalmente, assim como por domínio de autocuidado, os próprios se avaliaram como “Medianamente” ou, sobretudo, “Muito competentes” no desempenho de atividades de cuidar da pessoa dependente, com valores superiores a 90,0% para os autocuidados “Tomar banho”, “Vestir-se e despir-se”, “Alimentar-se” e “Tomar a medicação”. Foi nos autocuidados “Andar”, “Transferir-se”, “Elevar/virar-se” e “Usar o sanitário” que os cuidadores familiares fizeram uma avaliação menos positiva de autoeficácia<sup>(8)</sup>.

Nos processos de cuidar considerados por Schumacher *et. al* (2000), assim como ao nível dos seus indicadores, os cuidadores familiares avaliaram-se em níveis positivos de perceção de autoeficácia no âmbito i) do “Decidir” por uma ação perante determinada situação; ii) “Monitorizar” o estado da pessoa cuidada detetando possíveis mudanças na sua condição de saúde; iii) “Providenciar” cuidados à pessoa dependente executando os procedimentos com eles relacionados; e iv) “Negociar” os cuidados com o sistema de saúde. Com níveis mais baixos de perceção de autoeficácia estão os domínios no âmbito do i) “Ajustar” as ações de cuidado; ii) “Aceder” a recursos e, sobretudo, iii) “Trabalhar em parceria com a pessoa dependente”.

Na especificidade, as atividades onde os cuidadores familiares (entre 30 a 70,0%) se avaliaram como menos competentes inserem-se, por ordem decrescente, no âmbito i) do incentivo e da promoção da participação da pessoa dependente, ii) da escolha de equipamentos adaptativos e iii) da adequação dos cuidados.

No geral, verificou-se um baixo incentivo e envolvimento da pessoa dependente na tomada de decisão sobre os cuidados (90% é da responsabilidade do cuidador familiar).

Em termos de intensidade global dos cuidados não se verificou a predominância de um grau em particular. Na especificidade, verificou-se serem os cuidados nos domínios dos autocuidados “Alimentar-se” e “Usar o sanitário” e nos relacionados com a mobilidade, manutenção dos processos tegumentar, músculo-esquelético, respiratório e cognição, os prestados com menor intensidade. Este cenário tanto pode ser significativo de um padrão

(6) Considerando o ano anterior à recolha de dados, o número de episódios de recurso ao serviço de urgência variou entre 1 e 10, com 54,0% a recorrerem a este serviço uma ou mais vezes no último ano; o número de internamentos variou entre 1 e 5, com 45,0% a relatarem 1 ou mais episódios.

(7) 96,9% com uma média de 7 medicamentos prescritos e com uma média de 9 por tomas por dia.

(8) Com valores respetivos de 37,9% (15,5% a posicionar-se no “Incompetente”), 25,7% (13,7% a posicionar-se no “Incompetente”), 26,2% (3,2% a posicionar-se no “Incompetente”) e 13,6% com apenas 1 cuidador familiar a posicionar-se no “Incompetente”.

de cuidados instrumentais e de carácter substitutivo da pessoa dependente como de um padrão de carência de alguns cuidados. Em particular, a intensidade supérflua dos cuidados poderá tornar-se limitadora do desenvolvimento/manutenção da capacidade para o autocuidado da pessoa dependente como levar à exaustão do cuidador familiar (Andrade 2009); por outro lado, a intensidade reduzida de alguns cuidados poderá por em causa a condição de saúde da pessoa dependente.

O incentivo da pessoa dependente à participação nas atividades de autocuidado verificou-se ser maioritariamente baixo na maioria dos domínios de autocuidado.

Quanto aos recursos de apoio ao autocuidado, a taxa de utilização global foi de 60,9% sofrendo maior influência dos autocuidados "Tomar a medicação" (86,2%), "Alimentar-se" (76,4%), "Elevar-se" (71,1%) e "Usar o sanitário" (61,7%), os quais, de um modo geral, estão relacionados com aspetos vitais da sobrevivência humana, estando menos orientados para a reconstrução da autonomia da pessoa dependente.

Com uma taxa de utilização mais baixa estão os recursos no âmbito dos autocuidados "Transferir-se" (55,0%), "Andar" (34,4%), "Tomar banho" (25,9%), "Arranjar-se" (25,0%) e "Vestir-se e despir-se" (20,8%). Por outro lado, verificou-se uma grande utilização, ou até mesmo uma sobre utilização, de recursos como o bafete, fralda e resguardo, os quais podem gerar sentimentos de infantilização. Os recursos menos usados, no entanto considerados pelos investigadores como necessários à autonomização da pessoa dependente, não eram desejados.

## Da vulnerabilidade no cuidar de idosos

A prática do cuidar fundamenta-se na vulnerabilidade, característica constitutiva de todo o ser humano<sup>(9)</sup>. E este traço da humanidade não pode ser afastado das nossas reflexões.

O Homem é um ser vulnerável e, por isso, é um ser-de-cuidado (Almeida, 2014). Deste modo, vulnerabilidade e cuidado são realidades inseparáveis. É do facto de sermos vulneráveis que a possibilidade do cuidado surge, pelo que a vulnerabilidade é a causa indireta do cuidar, mas, simultaneamente, o limite do cuidar (Torralba i Roselló, 2005, citado por Almeida, 2014).

A vulnerabilidade é uma condição humana universal, fundamentada na fragilidade intrínseca dos seres humanos. Etimologicamente a palavra vulnerabilidade vem do latim *vulnerare* (ferir), *vulnerabis* (que causa lesão). Assim, vulnerável corresponde à condição daquele que pode ser fisicamente ferido, sujeito a ser atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido (Barchifontaine, 2006).

Não obstante, existem pessoas com vulnerabilidades específicas e, por isso, mais predispostas a sofrer danos físicos ou morais, quer em razão da sua fragilidade física, quer em virtude das condições sociais, económicas, culturais ou ambientais em que vivem. Em particular, as pessoas idosas estão em especial situação de vulnerabilidade (Paranhos et al, 2017).

Quando se trata de vulnerabilidade, associa-se o termo à condição de fragilidade humana, a uma menor capacidade de defesa, à propensão que algumas pessoas têm de ser ou estar mais suscetíveis a doenças, a violências físicas ou psíquicas (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017). Deste modo, é nossa opinião que no cuidado a idosos se deve assumir a perspetiva de vulnerabilidade enquanto condição humana universal.

No contexto das relações de cuidados, a pessoa cuidada apresenta-se vulnerável e pode, até, ser sujeita a ofensas à sua condição humana. Pelo simples fato de não estar capacitada física ou mentalmente, encontra-se fragilizada e sujeita, muitas vezes, à autoridade dos seus cuidadores. Assiste-se a uma relação assimétrica, em que a fragilidade da pessoa cuidada se acentua perante quem cuida (Paranhos et al, 2017).

Quando se trata de decisões sobre a sua saúde, a autonomia das pessoas idosas é posta, muitas vezes, em causa; ou seja, omite-se a hipótese de que a pessoa idosa pode estar apta a tomar decisões relativas à sua saúde e à sua vida. Parte-se, erradamente, do pressuposto de que o processo de envelhecimento, sobretudo se em situação de dependência, necessariamente compromete as faculdades mentais da pessoa, gerando posturas paternalistas, de infantilização, retirando-lhes a capacidade de autodeterminação (Morais e Monteiro, 2017).

No âmbito dos cuidados ao outro, a vulnerabilidade vincula-se a aspetos relacionais, à dependência e à confiança mútua que deve haver entre cuidador e pessoa cuidada. Neste sentido, a relação deve ser de interdependência, simetria, empatia, interação e cooperação, de modo a que se possa, em conjunto, encontrar formas de se superar as limitações humanas e de se aceitar as diferenças (Herring, 2016, citado por Paranhos et al, 2017).

É possível identificar excessos e negligências na relação de cuidados, designadamente a omissão pelos familiares, profissionais de saúde ou instituições, de cuidados promotores e/ou preservadores da condição física e/ou mental da pessoa idosa. A omissão pode assumir formas diversas, tais como em relação à higiene e à alimentação, aos seus medos, ao desrespeito à sua privacidade e à infantilização e/ou anulação das vontades próprias.

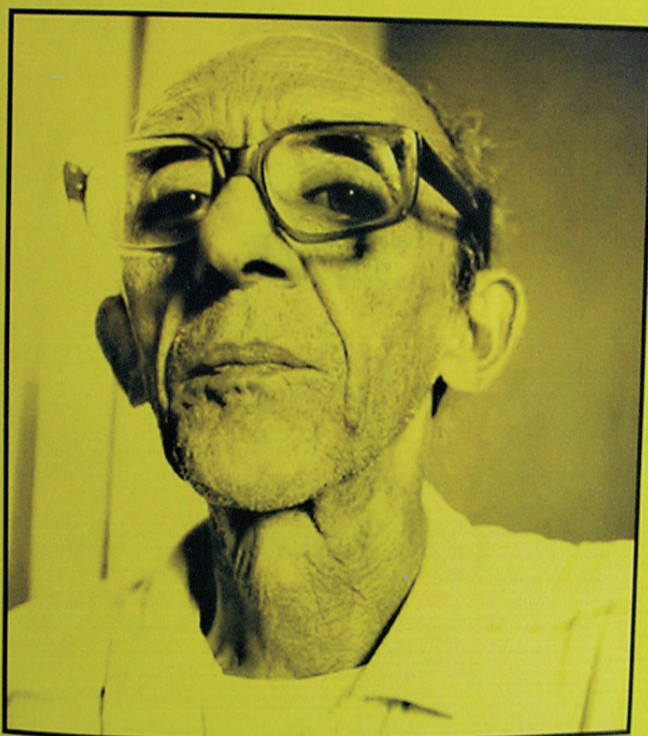
No âmbito da autodeterminação da pessoa, há que ter em conta o direito de ser informado sobre a sua condição de saúde, sobre os cuidados e recursos disponíveis, assim como deve ser encorajado a participar das decisões sobre os cuidados e ver sua opinião respeitada (Paranhos et al, 2017, 2017).

É importante que se tenha em mente que, apesar da idade, da fragilidade física e do eventual comprometimento cognitivo, as pessoas idosas podem gerir o seu processo de cuidados (Paranhos et al, 2017).

No campo específico dos cuidados, a interdependência na relação de cuidados, a confiança, cooperação e reciprocidade, são elementos para a promoção/preservação da integridade individual e para a redução das vulnerabilidades geradas pela relação de cuidado (Paranhos et al, 2017; Moraes e Monteiro, 2017).

(9) Uma das sete teses para a essência do cuidar de Torralba i Roselló (2005).

# **PROCURO** **NOVOS DONOS**



Os hospitais portugueses estão cheios de idosos abandonados pelas suas famílias. Divulgue esta mensagem antes que esta fotografia seja a sua.

[www.apav.pt](http://www.apav.pt)

**APAV**  
  
Apoio à Vítima

No contexto dos cuidados à pessoa idosa, respeitar e promover a sua autonomia, a participação na tomada de decisão, é uma forma de afirmação da sua dignidade. Qualquer tentativa de redução do idoso num ser passivo, mero recetor de cuidados, vai no sentido contrário ao da humanização (Almeida, 2014).

Fomentar a participação da pessoa idosa nas tomadas de decisão, não só garante o respeito pela sua autonomia como desenvolve o seu máximo potencial de saúde e bem-estar.

Atender à vulnerabilidade é zelar pela autonomia do outro. Isto significa que o idoso não pode ser sujeito à perda da sua identidade, individualidade ou ao direito de escolhas sobre a sua vida. Neste sentido, cuidar na vulnerabilidade exige o respeito pela autonomia, sendo fundamental criar um ambiente propício para que a pessoa possa viver e expressar-se de acordo com o seu modo de ser, de pensar, de ser autónomo. O padrão paternalista de cuidados leva a que, muitas vezes, o idoso fique sujeito à decisão dos cuidadores sem que tenham sido consultados os seus desejos ou expectativas.

Cuidar na vulnerabilidade é preservar a identidade do outro. Assim, cuidar de alguém é, também, respeitar e promover essa identidade criada ao longo do tempo e que não pode ser desprezada, mesmo perante a redução das suas capacidades ou possibilidades de expressão que possam resultar da sua condição de saúde/doença.

Paralelamente, a prática do cuidar do outro exige o cuidado de si próprio; só é possível cuidar adequadamente do outro se quem cuida se sentir, também, cuidado (Torralba i Roselló, 2005, citado por Almeida, 2014). De facto, só é possível cuidar do outro quando o cuidador também é capaz de reconhecer as suas vulnerabilidades, cuidando de si, de se estimar a si próprio, quando se respeita enquanto ser humano e se preocupa com a sua própria pessoa e, nesse sentido, quando é capaz de tratar do complexo conjunto das suas necessidades, sejam elas físicas, familiares, sociais e espirituais.

Cuidar do outro de forma comprometida reveste-se de grande exigência, fazendo com que o cuidador possa esquecer-se ou descurar de si próprio. Mas, a abertura ao outro só pode existir na totalidade quando o cuidador vê resolvidas as suas necessidades ou carências, pois cuidar do outro, apoiá-lo, transmitir-lhe serenidade, acompanhá-lo, exige ao cuidador serenidade e tranquilidade.

### **Considerações finais (em jeito de reflexão)...**

Retomando os dados do estudo apresentado, procedemos a um exercício de reflexão no cruzamento com o conceito de vulnerabilidade.

Grande parte da população em estudo, pela sua faixa etária, condição socioeconómica e condição de saúde, encontra-se em situação de vulnerabilidade acrescida, estando em situação de fragilidade humana, de menor capacidade de defesa e, por isso, mais suscetível a doenças ou à exacerbação das doenças já existentes, a dano físico e/ou emocional.

No cruzamento entre o estado de dependência dos idosos, o seu potencial de autonomia e o os cuidados prestados pelo cuidador

familiar, constatou-se um padrão de cuidados do tipo substitutivo do idoso ou, de acordo com Pavarini & Neri (2000), de estímulo à dependência ou de manutenção da dependência, contrariando, assim, o seu potencial de reconstrução de autonomia.

Os cuidados dispensados pelo cuidador familiar tendiam a inserir-se no domínio dos "Cuidados instrumentais" e/ou "protetores", refletindo a sua necessidade de "fazer pela pessoa dependente" e/ou de o proteger da consciencialização sobre a perda das suas capacidades, sendo no seu cerne uma estratégia paternalista, (Nolan *et al*,1995).

Os cuidados baseados na necessidade de preservar a autonomia da pessoa dependente, a sua integridade pessoal e o seu envolvimento e compromisso nos e com os cuidados não foram a característica dominante no desempenho do papel dos cuidadores familiares que participaram neste estudo.

Assim, o modo como os cuidados dispensados pelos cuidadores familiares se apresentou neste estudo está muito próximo de um padrão de substituição da pessoa dependente e pouco do seu envolvimento e compromisso para com a reconstrução da identidade de ambos na mudança que experienciam. Esse padrão de cuidados intersesta-se com o verificado no estudo sobre as práticas de cuidados em uso também realizado na fase diagnóstica do projeto de investigação-ação já referido, as quais se verificou serem orientadas para a capacitação do cuidador familiar no sentido da substituição da pessoa dependente nas atividades de autocuidado em que ele é totalmente dependente, mas, também, naquelas em que apresenta potencial para as realizar de forma autónoma.

Os cuidadores familiares podem não ter a necessária consciência de que as suas práticas diárias de cuidados podem consistir em violação da autodeterminação e autonomia dos idosos de quem cuidam.

Para Kant o mais importante será não perpetuar a situação de dependência; o esforço deve estar concentrado na promoção da autonomia, de modo a que a pessoa seja capaz de ousar caminhar por si mesmo. E, quando o cansaço, o desânimo, o desgaste físico for muito grande, então, o cuidador deve transformar-se num guia, num mapa rumo à esperança, sendo que é esta esperança que, na opinião de Marcel, impede que a marcha se converta numa errância (Almeida, 2014).

Mas será esta uma responsabilidade que se pode/deve centrar nos cuidadores familiares (também eles vulneráveis)?

Cuidar do outro exige o cuidar de si mesmo, pois este ato de cuidar relaciona-se diretamente com a autoestima e com o amor-próprio. Neste sentido, as exigências de cuidado solicitadas ao cuidador familiar têm que ser equilibradas no âmbito da preservação da saúde física, mental e espiritual do cuidador familiar. Sendo uma tarefa própria, deve ser, sobretudo, uma missão dos sistemas de saúde e dos seus profissionais, devendo estes estar atentos à possibilidade de, muitas vezes, o modo como os cuidadores familiares se organizam se torna na principal causa do seu desgaste (Torralba i Roselló, 2002, citado por Almeida, 2014).

Consideramos caber aos profissionais de saúde e da área social

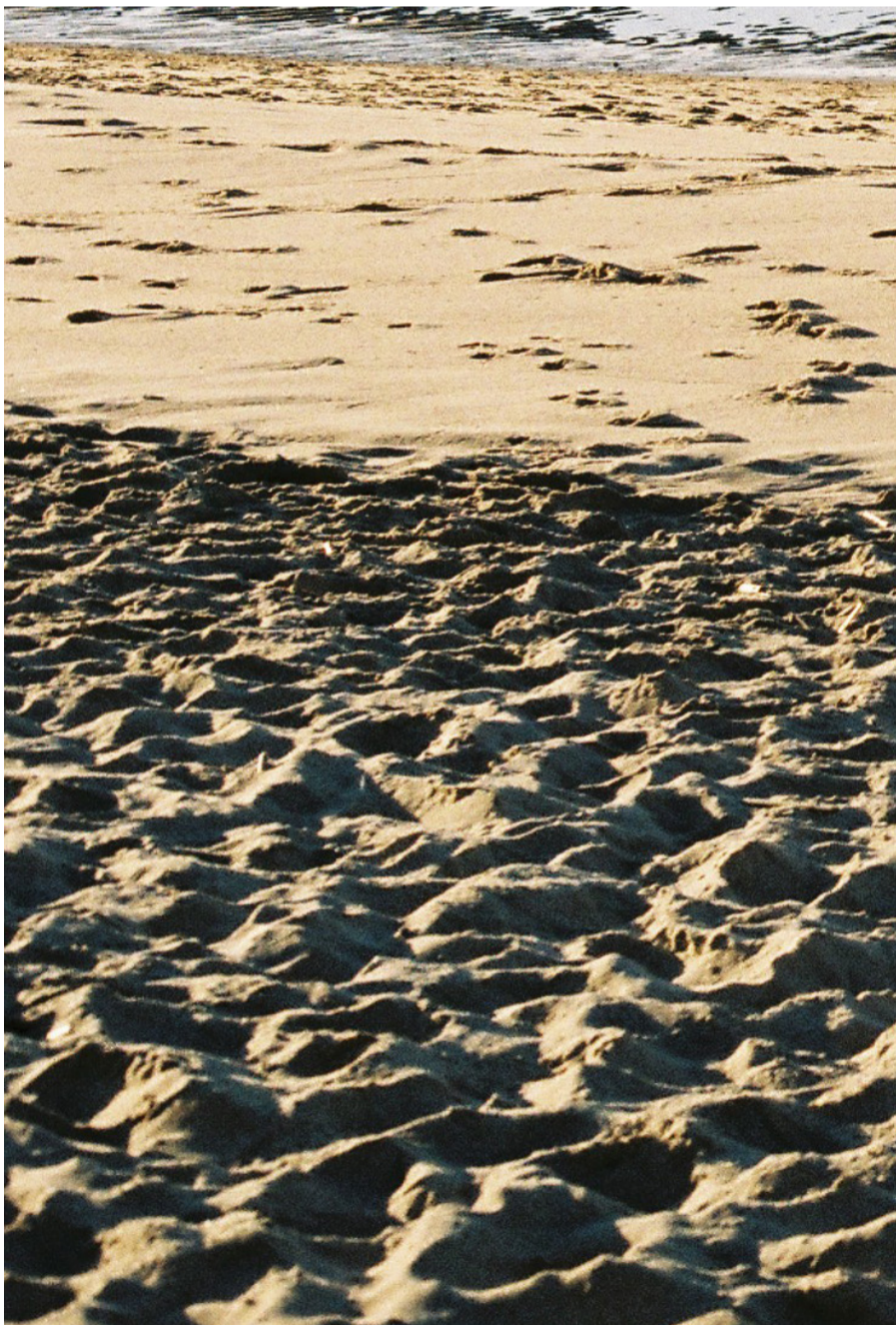


transportar para o ambiente de cuidados familiares a preocupação não só com a manutenção da condição física da pessoa idosa e da capacitação do cuidador familiar para o cuidado, mas também a preocupação com cuidados eticamente adequados, centrados na vulnerabilidade de ambos.

O verdadeiro exercício de cuidar em vulnerabilidade alicerça-se numa relação que assume o sujeito de cuidados e o provedor de cuidados como seres únicos e autodeterminados. A identidade, individualidade ou o direito de escolha sobre como orientar as suas vidas (idoso dependente e cuidadores familiares, também eles idosos) devem ser garantidas e preservadas na relação de cuidados (entre os próprios e destes com os profissionais de saúde).

A família, tradicionalmente espaço de afetos, de proteção e de cuidados, poderá ser um espaço de vulnerabilidades, de fragilidades, tensão e “violência”.

Neste sentido, cuidar exige consciência da vulnerabilidade do idoso (dependente ou seu cuidador), sendo fundamental que os profissionais de saúde no acompanhamento dessas famílias promovam um ambiente de cuidados propício a que os idosos possam viver e expressar-se de acordo com o seu modo de ser, de pensar, com a sua realidade de ser autónomo. Um ambiente de respeito, liberdade de ação - não de instrumentalização do idoso (dependente e cuidador) -, facilitador do seu permanente desenvolvimento de autorrealização.



LUZIA

## Referências bibliográficas

- Almeida, C. M. (2014). *A Representação da Vulnerabilidade Humana como Motor para a Recuperação do Paradigma do Cuidar em Saúde*. Tese de Doutoramento em Bioética apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Andrade, C. (2009). *Transição para prestador de cuidados. Sensibilidade aos cuidados de enfermagem*. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 61-71.
- Andrade, C. (2014). *Membro da Família Prestador de Cuidados: um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel*. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa. Disponível em: [file:///C:/Users/candrade/Downloads/ulsd069420\\_td\\_Carmen\\_Andrade.pdf](file:///C:/Users/candrade/Downloads/ulsd069420_td_Carmen_Andrade.pdf).
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M. I Carvalho (coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*. (pp.81 - 86). Lisboa: Pactor.
- Barchifontaine, C. (2006). Vulnerabilidade e Dignidade Humana. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 30, nº3, 434-440.
- Ducharme, F.; Trudeau, D. (2002). Qualitative Evaluation of a stress Management intervention for Elderly Caregivers at Home: a Constructivist Approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 691-713.
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado. Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Gil, A. & Fernandes, A. (2011). “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. (p.1-18). *Fórum Sociológico*, 21. Lisboa: CICS.NOVA. In <https://journals.openedition.org/sociologico/471> (consultado a 14 de abril de 2020).
- Hoffmann, Frédérique & Rodrigues, Ricardo (2010). Informal carers: who takes care of them? *Policy Brief April 2010* – European Centre for social policy and research.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Instituto Nacional de Estatística, (pp.1-180). Lisboa: INE. In [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2) (consultado em janeiro de 2020).
- Moorhead, Sue; Johnson, Marion & Mass, Meredean (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Morais, T. C. Moraes; Monteiro, P. S. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Rev. bioét.*, 25, 2, 311-9.
- Nolan, Mike; Ready, Jonh & Grant, Gordon (1995) Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 256-265.
- Paranhos, D.; Albuquerque, A.; Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde Soc. São Paulo*, 26, nº4, 932-942.
- Pavarini, S. C. I. & Neri, A. L. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pinto, P., Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecimento Activo e Estilos de Vida Saudáveis: A Actividade Física. *Fórum Sociológico*, n. °17, 43-51. <https://journals.openedition.org/sociologico/1629> (consultado a 14 de abril de 2018).
- Rodrigues, T. & Moreira, M. (2019). Ser Velho em Portugal Hoje: Conceitos e Representações. In M. Paulino & D. Costa (coord.) *Maus-Tratos a Pessoas Idosas*. Lisboa: Pactor.
- Schumacher, K. L.; Stewart, B. J.; Archbold, P. G.; Dodd M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.

# Envelhecer e participar no interior de Portugal

Maria João Guardado Moreira



O envelhecimento da população coloca diversos desafios à sociedade portuguesa. Não que seja uma realidade diferente da de outros países onde este fenómeno há muito está instalado. No entanto, em Portugal aconteceu num tempo mais curto, o que tem dificultado a adaptação da sociedade a este novo quadro demográfico. Vejamos. Em 1960 a população com 65 e mais anos não ultrapassava os 8% e a relação entre idosos e jovens (índice de envelhecimento) rondava os 27 idosos por cada 100 jovens. Cerca de 40 anos depois, em 2001, pela primeira vez há, a nível nacional, porque regionalmente esta cronologia é anterior, mais pessoas idosas do que jovens (102 idosos por cada 100 jovens), ou seja, a modernização demográfica, mas também económica e social, foi aumentando as probabilidades de sobrevivência, primeiro nas idades mais jovens, depois nas idades mais avançadas. Desde então tem-se acentuado o envelhecimento populacional, de tal modo que o índice de envelhecimento chega aos 157, em termos nacionais, mas podendo observar-se em 2018 valores muito mais elevados a nível concelhio. Caso de Vila Velha de Ródão, com quase 672 idosos por 100 jovens, ou Oleiros e Almeida, onde respetivamente este indicador chega aos 666 e 661.

O aumento da longevidade é, portanto, um fenómeno que representa uma conquista das sociedades modernas, decorrente da evolução positiva dos indicadores sociais, económicos e de saúde. Mas se é indiscutível a importância desta conquista societal, existe, também, a preocupação em perceber quais os contextos socioeconómicos e territoriais de envelhecimento da população portuguesa. Na verdade, uma coisa é conhecer as causas do envelhecimento da população, outra é conhecer os contextos de envelhecimento e

intervir de acordo com as suas especificidades.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) aponta como determinantes do envelhecimento ativo as dimensões comportamentais, pessoais, físicas, económicas, culturais, ambientais, os serviços sociais e de saúde. Ou seja, de que modo estes fatores se interrelacionam no sentido de promover condições de proteção deste grupo etário, minimizando possíveis riscos a que possam estar sujeitos. Questões que foram retomadas em 2015, pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) no documento *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Neste documento chama-se a atenção para questões como os direitos das pessoas idosas, a aprendizagem ao longo da vida, a qualidade de vida dos idosos frágeis e dependentes, mas também a necessidade em analisar os processos de envelhecimento no contexto de outras dinâmicas, nomeadamente, urbanização, migrações, inovações tecnológicas, desigualdades territoriais (2015, p.12). É, portanto, necessário analisar a forma como os territórios estão a responder, até porque o envelhecimento populacional revelou as fragilidades que existem na organização da sociedade e do território.

Se olharmos para os *rankings* internacionais que procuram identificar a forma como os países integram os idosos na sociedade, em várias dimensões, a posição de Portugal não é muito animadora, nomeadamente no que concerne à dimensão da participação social. No Índice de Envelhecimento Activo (*Active Ageing Index*), que analisa as dimensões emprego, participação na sociedade,

vida independente saudável e segura e capacidade e ambiente favorável ao envelhecimento ativo, Portugal, em 2018, estava em 24º lugar, no conjunto da EU a 28 países, na dimensão participação na sociedade (UNECE / European Commission, 2019). E no *Global AgeWatch Index (AWI)*, desenvolvido pela HelpAge International, que procura avaliar os fatores que influenciam o bem-estar social e económico das pessoas idosas, através da segurança económica, condição/estado de saúde, capacidade individual e ambiente favorável, Portugal, na dimensão da capacidade individual, em 2015 está em 83º lugar, no conjunto de 96 países (AgeWatch 2015). É, aliás, a dimensão, das que são analisadas por este índice, em que o país se encontra numa situação mais problemática. Esclareça-se que esta dimensão contempla a escolaridade da população, que no caso da população idosa portuguesa é especialmente baixa, podendo, portanto, influenciar de forma negativa a sua capacitação para o envelhecimento activo, nomeadamente na dimensão da participação social.

Iremos analisar o caso específico da população com 65 e mais anos que vive em regiões do interior do país, através dos resultados do projecto PerSoParAge, sobretudo no que diz respeito às condições de envelhecimento que podem influenciar a sua participação e autonomia.

## Envelhecer no interior: características e contextos

O projecto Projecto PerSoParAge *Recursos pessoais e sociais para a autonomia e participação social numa sociedade envelhecida* (POCI-01-0145-FEDER-023678), desenvolvido por uma equipa de investigadores do Instituto Politécnico de Castelo Branco, em parceria com investigadores dos Institutos Politécnicos de Bragança, Guarda e Portalegre e as Câmaras Municipais de Castelo Branco e Idanha-a-Nova, procurou precisamente, a partir da análise dos processos de envelhecimento das regiões do interior de Portugal, saber como as comunidades lidam com os processos de envelhecimento.

Foram inquiridos 484 indivíduos, 161 entre os 55 e os 64 e 323 indivíduos com 65 e mais anos, através de inquéritos por questionário aplicados de forma indirecta à população a viver na comunidade e com capacidade cognitiva para responder, entre junho de 2018 e janeiro de 2019. Esta amostra é representativa da população de regiões rurais e urbanas, de seis concelhos do interior (Guarda, Sabugal, Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Portalegre e Elvas), estratificada por grupos etários quinquenais e por sexo, com um intervalo de confiança de 95%. Os dados recolhidos permitiram-nos traçar um retrato da população idosa que vive nestas regiões do país, embora neste artigo apenas façamos referência aos dados da população com 65 e mais anos.

No que diz respeito às características sociodemográficas, é uma população maioritariamente casada, no caso dos indivíduos entre os 65 e os 79 anos, ou viúva, maiores de 80 anos, sobretudo no caso das mulheres. A escolaridade é, na generalidade, baixa (maioritariamente o 1º ciclo do ensino básico) podendo observar-se diferenças entre homens e mulheres: a percentagem de mulheres que não sabe ler nem escrever, ou sabendo ler e escrever não possui nenhum grau de ensino, é mais elevada, principalmente as que têm mais de 80 anos. Há também, diferenças entre o meio rural e urbano, pois no meio urbano há mais indivíduos com o 2º ciclo do ensino

básico, secundário e ensino superior e menos sem escolaridade. No entanto, em ambos os casos, é evidente o efeito geracional que marca os que têm 80 anos e mais decorrente do facto de terem vivido a sua infância e adolescência em contextos onde a escola era pouco valorizada, mas também em que os níveis de pobreza de uma parte significativa da população portuguesa obrigavam ao trabalho desde muito cedo. Reflexo disto é a percentagem de indivíduos com 80 e mais anos que não sabem ler nem escrever ou que sabendo não têm nenhum grau de ensino, 68% dos que vivem em zonas rurais e 30% dos que habitam em aglomerados urbanos.

No que diz respeito aos rendimentos, referem que são suficientes, mas apenas para os seus gastos habituais. Todavia, quando questionados se são suficientes para fazer face a uma situação inesperada, mais de metade diz que não, percentagem que aumenta com a idade. Tanto os indivíduos que vivem em meio rural, como os que vivem em meio urbano, avaliam o seu estado de saúde como “normal”. Mas à medida que avança a idade, aumenta a percentagem dos que têm uma percepção negativa (“mau”) do seu estado de saúde, mais acentuada nos que vivem em meio rural. Dos que têm 80 anos e mais, 32% e 22,4%, respetivamente dos que vivem em meio rural e em urbano, percecionam o seu estado de saúde “mau /muito mau”.

Questionados se em caso de doença e/ou incapacidade teriam alguém que os ajudasse, a grande maioria diz que “sim”, mas 14% dos que têm 80 e mais anos e vive em meio rural diz que “não” (9% de quem vive em meio urbano). São principalmente os cônjuges e filhos que prestam essa ajuda e o papel destes últimos cresce no caso do grupo etário mais velho. É também a família próxima, cônjuges e filhos, que, quando necessário, ajuda em coisas como ir às compras, fazer as tarefas de casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear. No meio rural e no caso dos mais velhos, as redes informais podem ser mais frágeis o que pode ser consequência dos movimentos migratórios dos mais novos para outros países ou para as cidades, ficando essas redes muitas vezes apenas formadas por indivíduos igualmente idosos. Ora este é um aspeto a evidenciar, já que, tendencialmente, é nas idades mais avançadas que se começa a manifestar a perda de algumas funcionalidades, quer em termos de mobilidade, quer no desenvolvimento de atividades da vida diária.

Por outro lado, viver sozinho é também uma condição que está muito presente, principalmente devido à situação de viuvez, o que pode acentuar a fragilidade desta população, que é sobretudo feminina devido à maior esperança de vida das mulheres. Na região abrangida pelo estudo, segundo o recenseamento de 2011, cerca de 22% da população com 65 e mais anos vivia sozinha. Na amostra estudada, a percentagem dos que vivem sozinhos chega perto dos 43%, mais frequente no caso do grupo etário mais velho e no das mulheres. Na generalidade, são pessoas que juntam um conjunto de fatores que indiciam algumas fragilidades. Na verdade, 44,2% dos indivíduos que vivem em meio rural não sabe ler nem escrever, ou se sabe ler não tem grau de ensino e 54,7% dos indivíduos que vivem em meio urbano tem o 1º ciclo do ensino básico. Observa-se uma situação económica mais débil no meio rural, 60% tem rendimentos inferiores a 580 euros contra 39,4%, no meio urbano, mas que em ambos os casos são insuficientes para fazer face a uma situação inesperada (Rural= 60%; Urbano= 51%). Por outro lado, 68% dos indivíduos do meio rural refere que não têm “alguém que os ajude” (compras, AVD's) e 26,2% e 27,4%, respectivamente do meio rural e

do urbano, avaliam o seu estado de saúde “mau/muito mau”.

Sintetizando, podemos apontar algumas linhas definidoras dos contextos de envelhecimento nas regiões do interior.

O território, maioritariamente de baixa densidade, com muitos núcleos populacionais de pequena dimensão e distâncias relativamente elevadas (em tempos e serviços de transportes) a centros urbanos.

A idade é um fator com impacto nos processos de envelhecimento como intensificador dos fatores tanto contextuais como individuais que podem ser sinónimo de vulnerabilidade. Veja-se os baixos níveis de escolaridade, ainda mais acentuados nos que têm mais de 80 anos, a par da perda de redes intergeracionais e núcleos com peso muito pronunciado de pessoas idosas e muito idosas, particularmente nos meios rurais, o que potencia a exclusão social e o isolamento, e o continuado despovoamento das pequenas comunidades. Não podemos esquecer que estas regiões têm conhecido um forte impacto dos movimentos migratórios de saída, desde os anos 1960, ainda que com diferentes intensidades (emigração, migrações internas), mas também que o desenvolvimento económico, condicionado por opções políticas, tem, sobretudo, beneficiado as regiões do litoral.

Viver em meio rural é mais penalizador, tanto quanto aos fatores de contexto, como quanto às características individuais, enquanto se verificam perspectivas mais positivas nos meios urbanos com populações mais escolarizadas, maiores rendimentos e maior literacia.

Outro aspeto a destacar prende-se com as opções relacionadas com o local preferente onde os inquiridos querem continuar a envelhecer: 95% quer envelhecer em casa, seja com as condições atuais, fazendo algumas alterações, com apoio domiciliário, com um familiar, um amigo ou um vizinho (as opções de escolha que foram dadas). Viver em instituições só foi escolhida em primeira opção por 2,5% dos indivíduos. Esta clara opção por envelhecer na comunidade coloca, sem dúvida, um conjunto de desafios aos agentes políticos, principalmente a nível local/regional.

## Ouvir e participar

O conceito de participação social, um dos pilares do envelhecimento ativo, tal como foi definido pela Organização Mundial de Saúde, tem sido objeto de diferentes conceptualizações que procuram esclarecer o seu âmbito. Sem entrar numa análise exaustiva das diferentes perspectivas, diremos que se trata de um conceito complexo com diferentes dimensões. Participar numa atividade depende de variáveis pessoais e das especificidades do meio envolvente, nomeadamente do ambiente físico e características do grupo com quem se desenvolve a atividade (Castro, González, Aguayo, 2009).

Sendo assim, podemos considerar a participação social em diferentes níveis. Por um lado, a participação em atividades da comunidade, por outro, através da criação de situações promotoras de participação. Quanto à participação em atividades desenvolvidas na comunidade, o projecto PerSoParAge, incluiu algumas questões sobre a participação

em actividades organizadas desenvolvidas na comunidade. O que os dados nos dizem é que a participação é reduzida, embora com maior adesão em meio urbano (19,8%) do que nas zonas rurais (apenas 7,4 % diz que participa). Todavia, reconhecem a importância em participar (53,4% contra 45,1% que não acha importante), embora sejam mais os que dizem que no futuro não gostariam de participar (57,2%) do que os que afirmam que sim (41,5%). Também quanto a cursos de educação para adultos, os inquiridos consideram importantes estes cursos (59,6%), mas não gostariam de participar (58,2%). Os indivíduos do meio urbano, ainda que sem se afastarem do sentido das respostas, na generalidade mostram maior disposição para participarem. A excepção apenas se verifica na pergunta sobre a importância de participar neste tipo de atividades organizadas: enquanto os inquiridos que vivem em meio rural consideram que não, os que vivem em zonas urbanas acham que é importante.

Podemos interrogarmo-nos se esta reduzida participação, embora os inquiridos reconheçam a sua importância, não poderá estar influenciada negativamente pelas características sociodemográficas desta população. Por outro lado, a percepção que se teve aquando da recolha dos dados e depois em reuniões com a população, é que nem sempre as atividades iam ao encontro dos seus interesses, ou que os circuitos de divulgação não eram fluídos.

E aqui chegamos a outro nível de análise da participação: a consulta à população idosa. O desenho metodológico deste projeto pretendeu desenvolver uma metodologia de investigação-ação em que se cruzam o conhecimento com a intenção de provocar mudança social, ou seja, partiu-se da identificação e problematização do envelhecimento e de como os territórios e as comunidades lidam com este fenómeno, para a integração de dimensões participativas e de produção coletiva de conhecimento. Ou seja, depois de tratados os dados dos questionários elaboraram-se as primeiras propostas de intervenção com orientações práticas para as políticas sociais e de saúde a estabelecer regionalmente. Com estes dados e propostas voltou-se ao terreno para, através de audição à população, obter a validação, ou não, dessas propostas, para além de abrir espaço de discussão e de recolha de informação complementar e de outras propostas, a incluir na formulação final de eixos estratégicos de intervenção.

Foram realizadas reuniões nas diferentes regiões onde se tinha feito a recolha dos dados (Guarda, Castelo Branco, Idanha-a-Nova e Portalegre), dinamizadas em colaboração com agentes locais (autarquias e organizações com respostas sociais dirigidas a idosos). O resultado foi uma adesão, embora variável de região para região, de um número significativo de pessoas que encontraram neste espaço uma ocasião para exporem as suas opiniões e expectativas, mas também mostraram uma atitude reivindicativa. Foi possível encontrar preocupações comuns, sendo que a mais recorrente é o acesso aos cuidados de saúde, principalmente das pessoas que habitam em aglomerados rurais, nomeadamente a espaçada frequência da consulta de médico de família na sua comunidade.

A importância da consulta às populações mais velhas sobre o desenvolvimento de ações e intervenções integradas é também destacada pela Organização Mundial de Saúde, num relatório de 2016 (WHO, 2016). Ou seja, é fundamental o levantamento de necessidades, a recolha de evidências e análise de dados que sejam

representativos da população idosa e que possam servir de base às intervenções a realizar.

A experiência das audições mostrou, por outro lado, que embora os dados revelem uma fraca disposição para a participação em actividades organizadas, quando são criadas condições em que as pessoas possam intervir sobre problemáticas que afectam o seu quotidiano, onde se valorize a sua avaliação e proporcione apresentação de propostas, a resposta é positiva. Aliás, foi frequente o pedido, por parte dos participantes, para a realização de mais reuniões com estas características.

## Considerações finais

O perfil da população idosa do interior do país, embora com especificidades decorrentes do território onde habitam e das condições da sua organização, caracteriza-se por um conjunto de traços definidores que, de forma transversal, também são passíveis de ser identificados em outros contextos regionais e a nível nacional. Escolaridade, rendimentos e condição de saúde, estão entre esses traços. Na verdade, a baixa escolaridade é uma característica deste grupo etário, a par de baixos rendimentos que, maioritariamente provêm de pensões de reforma com baixos valores. Por outro lado, ainda que a esperança de vida aos 65 anos esteja dentro da média europeia, quando olhamos para os valores da esperança de vida saudável, isto é, os anos que se pode esperar viver sem qualquer incapacidade, também aos 65 anos, o desempenho de Portugal (7,3 anos em 2018) já se encontra distante da média europeia (10 anos em 2018, EU a 28) e com valores ainda mais baixos para as mulheres (6,9 para as mulheres portuguesas e 10 anos para as da UE a 28 países, no mesmo ano).

Assim, percebemos que estes constrangimentos, escolaridade, rendimentos e estado de saúde, principalmente como se viu da população a partir dos 80 anos, conduzem a uma menor capacidade de ter uma vida independente e saudável, mas também pode condicionar a sua participação social. Por outro lado, não podemos esquecer que este grupo etário ainda está muito condicionado por terem vivido grande parte da sua vida adulta num contexto pouco propício à participação social.

Não é, pois de estranhar quer os resultados obtidos no projeto PerSoParAge, quer a posição de Portugal nos índices de Envelhecimento Activo e no *Global AgeWatch Index*, refletindo as fragilidades da participação social de um sector significativo da população idosa.

A experiência do PerSoParAge, no que diz respeito à implicação da população na elaboração de estratégias de intervenção a nível local, mostra que em ambientes favoráveis à participação, a população responde positivamente. É certo que a análise que aqui fizemos é restrita, pois a multidimensionalidade do conceito de participação social obrigaria a percorrer outros aspetos, desde o emprego, ao voluntariado, aprendizagem ao longo da vida ou à participação cívica, cultural, espiritual. No entanto, permitiu identificar algumas fragilidades da população idosa das regiões do interior que podem condicionar a sua participação, mas também mostrar a necessidade

em criar ambientes favoráveis, que de forma recorrente, envolvam os destinatários na construção de soluções adequadas que ajudem as comunidades a responder ao envelhecimento da sua população.

## Referências

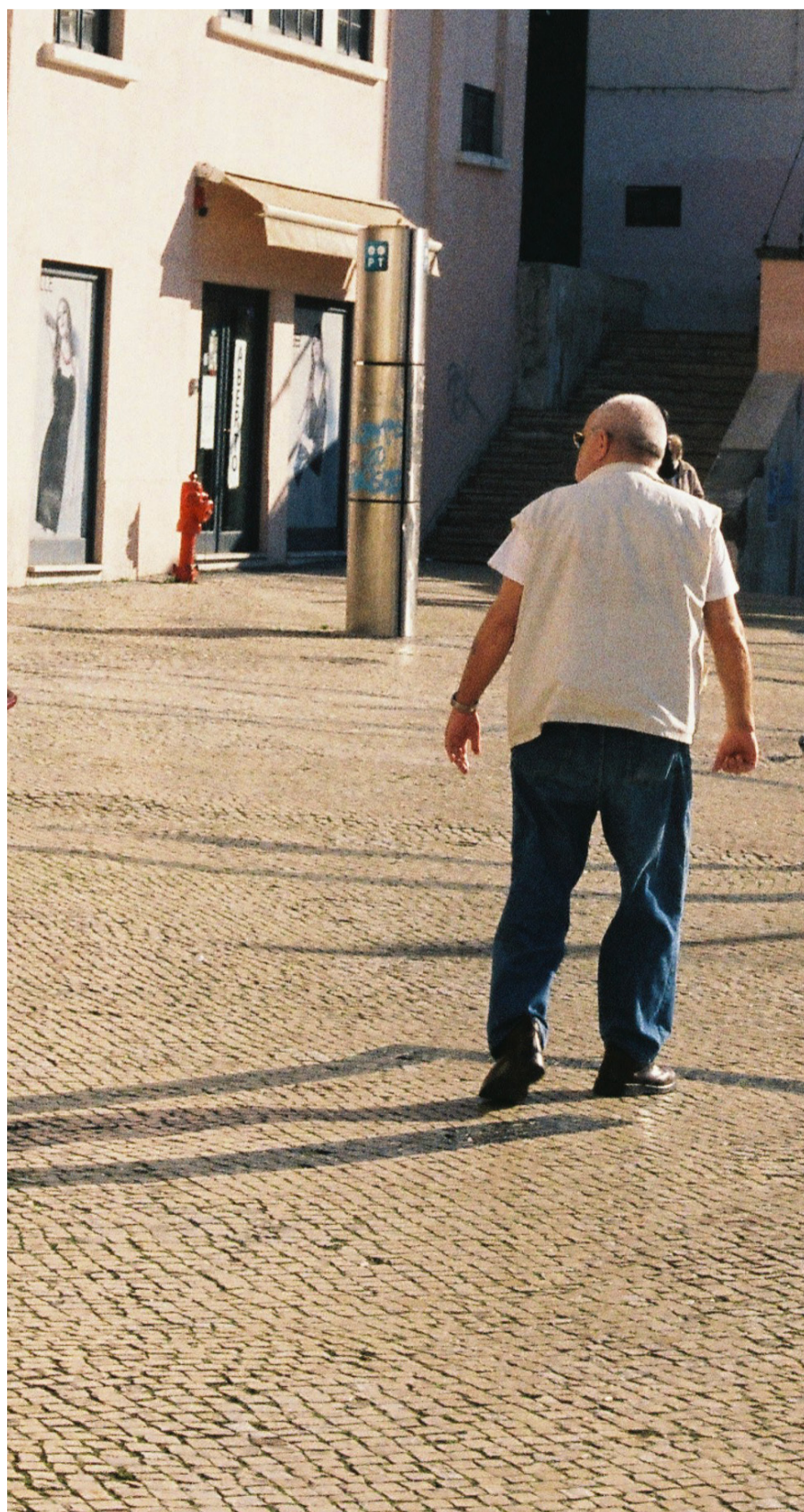
Castro, J.L., González, D.A., Aguayo, I.H. (2009). *Envejecer participando. El proyecto "Entre mayores". Una experiencia de investigación-acción.* San Martín: Miño y Dávila Editores.

Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil). (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade.* Rio de Janeiro: ILC-Brasil.

UNECE / European Commission (2019), *Active Ageing Index in the European Union and its evolution 2010-2018. Results report.* UNECE.

World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework.* Genève: WHO.

World Health Organization (2016). *Imagine tomorrow: report on the 2nd WHO global forum on innovation for ageing populations, Kobe, Japan 7-9 October 2015.*



# Novas tecnologias para a capacitação das pessoas idosas

## O prolongamento da vida nos dias de hoje

Luís Vídigal



LUZIA

### A caminho de uma nova era amiga do envelhecimento

Os diversos cenários do futuro são convergentes na proclamação de uma tendência para o prolongamento não marginal da vida humana, através das chamadas tecnologias NBIC, que resultam da convergência de ramos do conhecimento como as nanociências, a biotecnologia, as tecnologias da informação e as ciências cognitivas.

Atualmente os idosos são o grupo demográfico que cresce mais rapidamente na Internet e sem dúvida o ciberespaço oferece inúmeras oportunidades para os idosos conhecerem pessoas, gerirem negócios, planejar viagens, aceder a informação, adquirir produtos, manter contacto com amigos e familiares e acompanhar *hobbies*, coleções e interesses de entretenimento.

Uma estratégia fundamental para facilitar a inclusão de idosos é tornar o nosso mundo cada vez mais favorável ao envelhecimento. Um mundo amigo do envelhecimento (*age-friendly*) permite que pessoas de todas as idades participem ativamente nas atividades da comunidade e trata todos com respeito, independentemente da idade. As organizações e as comunidades amigas do envelhecimento são locais que facilitam a permanência das pessoas mais velhas atribuindo-lhes o máximo respeito e importância, mantendo-as saudáveis e ativas, mesmo nas idades mais avançadas e fornecem o suporte adequado para aqueles que não conseguem mais cuidar de si mesmos.

Não é apenas uma questão de solidariedade e responsabilidade

social para com este segmento da população, pois são muitas as oportunidades de negócio dirigidas à população mais idosa, pois a Internet é o canal privilegiado para atingir este mercado em ascensão. Existe hoje uma verdadeira economia da longevidade, não só para facilitar o prolongamento da vida, mas sobretudo para garantir um envelhecimento ativo e de qualidade. A maioria destas aplicações são intergeracionais, mas na sua conceção existem cuidados especiais de ergonomia que permite uma mais efetiva usabilidade por parte dos mais velhos.

Infelizmente muitos dos produtos digitais não têm acompanhado o peso demográfico do envelhecimento. O design ainda continua a não ter em consideração o público mais idoso, tanto nos produtos físicos como nos digitais. Muitos das atuais interfaces apresentam textos ilegíveis, botões minúsculos, sons perturbadores e outros recursos que tornam o mundo *on-line* hostil para os utilizadores mais idosos.

Os avanços científicos e tecnológicos permitem-nos viver mais tempo. No entanto, o impacto deste prolongamento da vida é desafiante para as nossas escolhas políticas, económicas e tecnológicas, nomeadamente nas estratégias de empregabilidade e na sustentabilidade social. É urgente perceber que a longevidade e o equilíbrio social e económico devem poder conviver numa nova economia da longevidade, minimizando os riscos de ruptura, mas acima de tudo aproveitando as oportunidades que um país amigo do envelhecimento pode constituir para todos nós e para aqueles que escolhem Portugal para prolongar a vida com qualidade e

segurança.

Estima-se que a população mundial acima dos 60 anos irá duplicar até 2050, o que tem incentivado o aparecimento de uma nova economia da longevidade (*silver economy*), que alerta para o papel dos idosos enquanto consumidores e aproveita a senioridade e o voluntariado como valor acrescentado no mercado do trabalho e na economia dos países. Do ponto de vista do desenvolvimento social e económico, o foco nos benefícios da longevidade é muito mais positivo e ajuda-nos na escolha de políticas e estratégias governamentais, empresariais e da sociedade civil, necessárias para combater as consequências negativas do envelhecimento e aproveitar os seus benefícios e oportunidades.

## Inclusão digital, lazer e aprendizagem ao longo da vida

Com o aprofundamento da era digital e a prestação de serviços públicos eletrónicos, corremos o risco de aprofundar o fosso em relação aos excluídos digitais (*digital divide*), que no caso português atinge cerca de 30% da população que nunca utilizou a internet e em que os idosos são a grande maioria destes excluídos. Por isso desde 2015 que os últimos três governos criaram e têm alargado uma nova rede de Espaços do Cidadão, cujo objetivo é garantir o acesso universal a serviços públicos disponíveis na Internet, através de mediadores especificamente treinados para o atendimento da população mais vulnerável e excluída digitalmente e sobretudo os mais idosos, que não sabem como utilizar os benefícios da sociedade da informação em que vivemos.

A aprendizagem ao longo da vida (*Long-Life-Learning*) é um conceito criado nos anos 60 do século passado nos EUA, o qual reconhece que a aprendizagem não se limita à infância ou à sala de aula, mas ocorre ao longo de toda a vida e em várias situações do nosso quotidiano. Existem numerosas iniciativas pelo mundo fora e também em Portugal para inclusão dos mais velhos na era digital, ensinando-os a resolver problemas do dia a dia com recurso a computadores, tablets e smartphones, nomeadamente no acesso e pesquisa na Internet, na utilização de ferramentas de escritório eletrónico e até mesmo no tratamento de imagem, na construção de páginas Web ou na edição de filmes, pois hoje existem ferramentas muito poderosas e fáceis de usar, mesmo por pessoas idosas.

Hoje existem disponíveis na Internet numerosos museus virtuais que podem ser visitados livremente, como o Louvre, o British Museum de Londres ou o Museu do Vaticano. É de destacar o Art & Culture criado pela Google em 2011, anteriormente chamado Google Art Project, que é um sítio mantido pelo Google em colaboração com museus espalhados por todo o mundo. O Art & Culture utiliza a tecnologia do Street View e oferece visitas virtuais gratuitas a algumas das maiores galerias de arte do mundo, acessíveis a partir de computadores, tablets e telemóveis. Ao percorrer os diversos espaços e galerias, é possível também visualizar imagens em alta resolução de obras selecionadas de cada museu, com múltiplos critérios de pesquisa e incorporando nalguns casos navegação 3D e realidade aumentada.

Existem cada vez mais aulas e cursos gratuitos fornecidos por universidades de todo o mundo, que se podem assistir em direto ou

em diferido, pois os conteúdos permanecem nas plataformas como o Youtube, o DaylyMotion, o Metacafe ou o Archive, entre outras mais profissionais como o Vimeo, o Veoh ou o Flickr. Para os cinéfilos, poderão ver alguns filmes clássicos legendados ou dobrados em português disponibilizados em canais do Youtube, como no “Cine Antiqua”, os “Clássicos da Sétima Arte”, a “Comédia Nostálgica” e muitos outros.

Quem tem televisões mais modernas (*smart tv*), poderá carregar as app gratuitas, como a Arte.tv ou outras com o pagamento de uma pequena subscrição mensal, como o Netflix ou o HBO, entre outras, e assistir a filmes, documentários, concertos, peças de teatro, viagens, culinária, aulas de ginástica, etc.

A leitura é outra das ocupações preferidas dos mais idosos e existem sítios e repositórios de livros eletrónicos acessíveis por tablets e telemóveis, com obras em português, como o Projeto Adamastor, que tem como principal a criação de uma biblioteca digital de obras literárias em domínio público, obras essas que estão a ser disponibilizadas de forma gratuita e em formato EPUB, sem qualquer tipo de restrição.

Os mais velhos gostam de jogos para avaliação de conhecimentos gerais (quiz), resolução de charadas e de enigmas lógicos ilustrados, entre outros. As paciências com cartas como o Solitaire e os jogos de cálculo como o Sudoku, são muito populares entre os mais idosos e é uma forma preciosa para exercitar a memória e o cálculo mental e retardar doenças neurodegenerativas do foro geriátrico, como o Alzheimer ou o Parkinson. Existem sítios na Internet em português dedicados a este tipo de jogos como o 1001Jogos.pt e aplicações que se podem descarregar para telemóveis e tablets para jogar sem necessidade de estar online.

Os telemóveis são hoje quase todos *smartphones*, com muito mais funcionalidades do que simplesmente efetuar chamadas de voz. Desde os mais simples até aos mais sofisticados os telemóveis mais recentes incorporam quase todas as máquinas fotográficas, câmaras de filmar, videoconferência, GPS e sistemas de orientação, redes sociais, calendários e agendas, relógios, despertadores e temporizadores, blocos de notas, meteorologia, monitores de saúde e desporto, jogos, lanternas, scanners de documentos, guias geo-referenciados de restaurantes, hotéis, lojas e farmácias, rádio e televisão, salas de cinema, etc.

Estes equipamentos móveis tornaram-se verdadeiros instrumentos de ajuda geo-referenciada, como se fossem moradas virtuais com múltiplos assistentes prontos a prestar-nos auxílio de forma contextual e até ajudar pessoas com Alzheimer a voltar para casa, como é o caso do AlzNav e a detenção de outros riscos para idosos, desenvolvidos pela Associação Fraunhofer Portugal.

Começam a ser banalizadas as aplicações de realidade aumentada, que nos permitem visitar monumentos e museus, incorporando personagens e cenas do passado que se integram virtualmente naquilo que estamos a ver no mundo real, usando simplesmente telemóveis ou tablets como se estivessemos a filmar o que está a acontecer naquele momento e naquele local.

A fotografia é hoje um dos principais hobbies dos mais idosos, não apenas como forma de registar momentos agradáveis, mas também

como auxiliares de memória para ir às compras e como arquivo visual portátil para utilização futura.

Por último destacamos a importância de estarmos hoje interconectados e partilhar com as nossas amigas e familiares, recursos informacionais, como páginas, documentos e vídeos, utilizando para isso ferramentas colaborativas como o Slack, o Houseparty, o Drive, o Teams, etc., cada vez mais usadas em ambientes corporativos.

## Os riscos de cibercrime

Apesar de existir ainda um elevado grau de exclusão digital neste grupo demográfico, potencialmente todos os idosos poderão aprender a aproveitar as oportunidades da Internet sem ser vítima de predadores e golpistas criminosos, por isso é importante ter alguns cuidados para se ter paz de espírito quando se estiver online.

Além dos riscos generalizados que decorrem do uso da Internet, cada faixa etária possui vulnerabilidades específicas e os idosos não são exceção. Poucos tipos totalmente novos de crimes são criados para atingir os idosos, o problema está em como as fraudes existentes são adaptadas especificamente para explorar os utilizadores mais idosos da Internet.

Por exemplo, enquanto um estratagema criminoso online direcionado para menores promete viagens à Disneylândia ou brinquedos legais, os truques voltados para idosos têm maior probabilidade de oferecer medicamentos milagrosos ou eletrodomésticos com desconto e seguro de baixo custo. As tentativas criminosas de captura de identidade, mais conhecidas por *phishing*, costumam atingir idosos com falsos avisos bancários ou falsos documentos oficiais do governo e da administração pública.

Além de serem direcionados para diferentes tipos de crime, os idosos podem partilhar características, comportamentos e perfis que os tornam vulneráveis online. Aqui estão alguns dos principais fatores que tornam os idosos vulneráveis a fraudes online.

Alguns conselhos práticos para o uso seguro da Internet:

- Nunca confie num *link* que lhe é enviado a si por alguém que não conhece. Ao clicar no *link*, pode ser direcionado para um sítio que se pode parecer com o seu banco ou empresa de cartões de crédito, mas que não é. Uma coisa que um criminoso não pode falsificar é o endereço atual do sítio na Web de uma empresa ou banco. Em vez de clicar num link de um email, procure o endereço da Web usando um motor de pesquisa como o Google para encontrar o endereço real. Pergunte à empresa sobre a mensagem que recebeu ou contacte-a usando o número impresso nos seus extratos. Marque o sítio real como favorito no seu browser para que um clique o leve sempre em segurança. Verifique se o endereço é seguro e encriptado através do protocolo https e não simplesmente http;
- Nunca confie num e-mail que lhe solicite os seus dados pessoais ou de conta bancária, que constituem práticas criminosas conhecidas como *phishing*. Estes mails geralmente parecem muito convincentes, mas nenhum banco ou empresa idónea enviará um e-mail pedindo-lhe que corrija os seus dados pessoais, que valide

a sua identidade, que digite novamente a sua senha, entre outros abusos de captura de identidade;

- Erros de ortografia no endereço da página ou no próprio corpo do email podem indicar uma tentativa de fraude *phishing*, por isso fique atento pois o português dos golpistas na Web raramente é o melhor, pois na sua maioria são provenientes de países estrangeiros;

- As fraudes mais inteligentes e sofisticadas geralmente contêm textos alertando contra fraudes. Utilizam estes alertas porque muitas pessoas acreditam que um e-mail que os avise para ter cuidado deverá ser legítimo, mas isso não é sempre verdade. Esse disfarce também se aplica aos sítios que afirmam ter proteções ativas para proteger a sua privacidade e segurança ou que detetaram que o seu computador está em risco. Qualquer pessoa pode fazer essas declarações, mas apenas determinados sítios realmente o protegem;

- Nunca instale programas de proveniências que não conhece ou a partir de links em páginas, redes sociais e em e-mails. Nos telemóveis use apenas as aplicações das lojas oficiais dos sistemas Android (Google Play) Apple (App Store) e Windows (Microsoft Store).

- Nunca responda ou abra um e-mail com uma oferta que seja boa demais para ser verdade, a menos que seja proveniente de uma empresa que conhece bem e da qual espera receber esse tipo de oferta. Os golpistas querem que se reaja de imediato sem ter tempo para refletir, de modo que os e-mails pareçam urgentes, como: "Se não recebermos amanhã, a sua conta será encerrada", mas a data de "amanhã" nunca está indicada; "Esta oferta não irá durar muito tempo, peça agora para garantir esta oferta".

- Nunca acredite que alguém que você não conhece lhe irá oferecer dinheiro. Não acredite numa pessoa de outro país que só precisa de você para "ajudar a transferir dinheiro" e que precisam do seu número de conta bancária para efetuar a transferência. Esses golpistas prometem dar-lhe uma enorme quantia de dinheiro parecendo benfeitores generosos, mas o propósito deste golpe é esvaziar a sua conta bancária;

- Se não jogou num sorteio ou lotaria, não pode ganhar o prémio. Esses estratagemas pedem que forneça os seus dados pessoais e o número da sua conta bancária para que eles possam transferir o seu prémio em dinheiro, pois o propósito desta fraude é entrar na sua conta bancária e extorquir dinheiro;

- Não acredite que uma pessoa realmente rica e famosa queira apenas ajudá-lo e que essa celebridade também precise misteriosamente de seu endereço, número de telefone e informações da sua conta bancária para lhe prestar ajuda, pois o propósito desta fraude é extorquir dinheiro da sua conta bancária.

- Tenha cuidado com os meios de pagamento que utiliza nas compras através da Internet. Utilize sempre que possível transações auditáveis por entidades credíveis, através de referências Multibanco ou o PayPal. Evite dar o cartão de crédito e não efetue transferências prévias de dinheiro para compras em lojas desconhecidas na Internet. É mais seguro comprar pelo canal eletrónico em lojas que têm espaços físicos conhecidos e o street view da Google pode dar uma ajuda;

- O medo, os preconceitos sociais e a insegurança estão a ser cada vez mais explorados maliciosamente nas redes sociais como o Facebook, o Twitter, o Whatsapp, o Instagram e outras, para induzir comportamentos e escolhas políticas em alvos cada vez mais seletivos e personalizados, através do uso intensivo



da inteligência artificial, do *big data* e da geração automática de notícias falsas (*fake news*), massificando a desinformação e os populismos junto da população menos informada e frágil. Este ataque ao nosso subconsciente pode atingir de forma mais significativa a população idosa, que cada vez mais utiliza as redes sociais como forma de quebrar a solidão e se interconectar com familiares, amigos e o mundo em geral.

Por isso nunca esquecer de rever as Definições das várias aplicações, para garantir a proteção da vossa identidade e a utilização abusiva dos vossos dados pessoais.

## O que aprendemos com a quarentena da Covid-19

A pandemia de Covid-19, que nos prendeu em casa, nos fez reféns da solidão e nos afastou da família e dos amigos, foi particularmente dramática para os mais idosos. Durante o período de recolhimento em casa e de teletrabalho, para alguns foi possível fazer videoconferências, entre duas ou várias dezenas de pessoas em simultâneo. As atuais plataformas permitem a qualquer pessoa criar a sua própria videoconferência, criar um *link* na internet e convidar família e amigos para se juntarem à reunião ou à festa e desta forma evitar a solidão.

Para além das videoconferências interativas é também possível assistir a eventos sem sair de casa, transmitidos em *streaming* com poucos recursos através da Internet e sem necessidade de se recorrer a estúdios de televisão profissionais. Foi o que aconteceu durante os fins de semana da quarentena, em que muitas pessoas, impedidas de sair de casa, assistiram através da Internet a missas e outros cultos de várias confissões religiosas.

Existem múltiplas ferramentas gratuitas que permitem a comunicação em tempo real entre pessoas localizadas em qualquer parte do mundo, como o Jitsi ou outras ferramentas mais profissionais cujas versões gratuitas poderão ir até 4 utilizadores, como é o caso do Skype, do Zoom ou do Whereby, já sem falar em topos de gama profissionais como o Webex da Cisco, cujos custos poderão ser partilhados por associações e outras organizações do setor social.

Para além das videoconferências, multiplicou-se durante este período de isolamento forçado o uso de jogos individuais e em grupo com recurso à internet, capazes de estimular a memória e combater a solidão. Também se multiplicaram transmissões em direto e em diferido de aulas de ginástica, teatro e concertos de músicos famosos, para além de comunicados e depoimentos adequados ao contexto da crise.

Portugal tem uma excelente rede de comunicação de dados para suportar estes novos ambientes de partilha, mas falta-nos ainda alguma vontade e literacia para mudar. Acreditamos que depois desta crise mundial de saúde pública, nada vai ficar como dantes e iremos assistir a profundas alterações nos ambientes de trabalho, no ensino e aprendizagem, nas atividades cívicas, no lazer e sobretudo na integração de pessoas idosas que vivem isoladas e em solidão.

As crises têm o mérito de nos alertar para o que é essencial e prioritário, desvendando deficiências na conceção e realização de

sistemas e tecnologias colocadas ao serviço dos mais vulneráveis, por erros de planeamento, arquitetura e desenvolvimento, por erros ergonómicos, por falta de planos de contingência, por ausência de foco nos cidadãos e nos clientes, por ganância, vaidade e curtoprazismo.

Por isso acreditamos que o mundo não vai ser como dantes nos serviços públicos online, na logística e no negócio eletrónico, pois esperam-se alterações significativas no rigor, na orientação ao serviço, na visão estratégica, na colaboração e na partilha e sobretudo nos comportamentos e atitudes sociais e políticas, de quem se espera menos egoísmo e mais inclusão.

Acabar com as elevadas taxas de exclusão digital deverá ser uma prioridade para os próximos anos, tanto mais que durante a crise da Covid-19 aumentou significativamente a exclusão dos mais idosos, como alertou a *Internet Society*, sem esquecer a infraestrutura de telecomunicações que durante a pandemia esteve em risco de colapsar, devido ao elevado uso de filmes e videoconferências em nossas casas, por causa da quarentena e do teletrabalho.

Esperam-se grandes mudanças políticas e sociais nos próximos anos e as tecnologias digitais vão sofrer com toda a certeza uma enorme aceleração, com grandes benefícios, mas também com elevados riscos de abuso de poder através da massificação da vigilância biométrica, dos implantes inteligentes e outras formas de intrusão na nossa privacidade, a pretexto de garantir a nossa saúde e segurança.

Depois do medo coletivo à escala global, o historiador e futurologista Yuval Harari alertou recentemente que as escolhas políticas e de cidadania irão estar em questão nos próximos anos e lança-nos dois grandes desafios para a era do pós coronavírus: Será que vamos assistir ao aumento do abuso do poder dos governos ou iremos reforçar a nossa cidadania? Será que vamos assistir ao aumento dos nacionalismos ou, pelo contrário, iremos ter mais colaboração e solidariedade entre os países?

## Envelhecer sem ficar velhos

Os novos desenvolvimentos científicos na área da biologia permitem perspetivar que podemos estar perante uma nova revolução que conduzirá a prestação de cuidados de saúde e da longevidade para patamares que atualmente nos parecem inalcançáveis.

Estes avanços científicos estão a permitir a criação e a edição de genes de uma forma artificial, possibilitando uma autêntica reengenharia de seres vivos. O que as células fazem e em que se transformam pode vir a ser programado. A existência de elevada capacidade computacional e a Inteligência Artificial, particularmente na área de reconhecimento de padrões, vêm facilitar a aplicação desta tecnologia.

Tecnologias como as nanociências, a biotecnologia, as tecnologias da informação e as ciências cognitivas (NBIC) começam a estar disponíveis para serem utilizadas no prolongamento da vida.

O potencial da utilização da tecnologia de edição de genes, através de células retiradas do corpo, reprogramadas e recolocadas no

organismo é vastíssimo, podendo ser aplicada para o tratamento de doenças genéticas, do sistema imunitário, do cancro, da reparação de órgãos danificados e mesmo o de reversão do envelhecimento.

A manipulação genética no caso de doenças raras que já permite aos mais afortunados ou através da mobilização de fundos através de *crowdfunding*, comprar a sobrevivência, como foi o caso da bebé *Matilde* no ano passado no nosso país, levanta questões sérias de equidade e exclusão social no acesso às novas tecnologias da saúde.

David Sinclair, conhecido geneticista e especialista em longevidade da Harvard Medical School, tem-se dedicado a testar moléculas que podem conduzir à extensão da longevidade dos seres humanos, procurando desvendar os segredos do elixir da juventude. Porque envelhecemos e como podemos reverter esse processo são as duas perguntas que orientam a sua investigação, a que chama a “teoria informacional do envelhecimento”. As empresas tecnológicas estão cada vez mais a investir nestes projetos. Por exemplo a Google apoia projetos como a Calico, criado em 2013 para combater o envelhecimento. Em 2018, o mercado *anti-aging* estava avaliado em 42,5 mil milhões de dólares e deverá valer 55 mil milhões em 2023.

Para além dos avanços nas investigações no campo da biogenética, o nosso corpo começa a poder regenerar-se através da substituição de órgãos vitais que vão entrando em falência com o envelhecimento. É como se fôssemos a “oficinas” de bio-engenheiros substituir órgãos e tecidos humanos, para prolongar a nossa existência.

Uma das áreas mais promissoras da medicina regenerativa é o campo nascente da *bioprinting* para a fabricação de órgãos humanos a partir do zero, envolvendo a construção de material biológico em laboratórios em tecido funcional para implantação, num método não diferente da impressão 3D de objetos em plástico, camada por camada.

Os transplantes tradicionais através de doadores deixam os seus recetores vulneráveis, pois precisam tomar medicamentos para eliminar o seu sistema imunológico, que de outra forma rejeitaria as células desconhecidas. A ciência começa cada vez mais a encontrar meios de ultrapassar a escassez de doadores, “imprimindo” órgãos artificiais feitos a partir das células do próprio paciente, passando estes órgãos artificiais a ser vistos como a solução perfeita para prolongar a vida com qualidade, pois reduzem o risco de rejeição, uma vez que o tecido não é estranho.

A substituição de pele, fígado e bexiga pode tornar-se uma realidade clínica nas próximas décadas. Já se estão a fazer experiências de implantes feitos com um tipo específico de gel que são cheios com células tronco-neurais, para uma possível reparação de lesões medulares. Uma equipe de cientistas de Israel revelou em Dezembro do ano passado o que eles disseram ser o primeiro coração impresso em 3D, feito de tecido humano, do tamanho de uma cereja e que tinha vasos sanguíneos, ventrículos e câmaras. Como disse o professor Tal Dvir, que liderou a equipe da Universidade de Tel Aviv, “É um passo importante para alcançar a meta de um coração funcional, que esperamos que ocorra daqui a alguns anos”.

Este admirável mundo novo que faz de nós verdadeiramente um “Homo Deus”, conduz-nos a questões éticas, jurídicas e religiosas

sem precedentes.

O Grupo dos Futuros da Sociedade da Informação da APDSI tem-se dedicado a muitos destes desafios decorrentes do cenário que nos poderá conduzir ao prolongamento não marginal da vida humana:

- Será que as alterações genéticas de embriões para eliminar muitas doenças, nos irá conduzir à tentação de criar seres sobredotados (mais fortes, mais inteligentes, mais bonitos). Será que haverá limites para estas alterações genéticas?
- Será que as políticas públicas e a regulamentação deverão desempenhar um papel fundamental na colocação de limites à utilização da tecnologia para o prolongamento da vida?
- Será que estaremos perante uma tecnologia de edição de genes acessível a todos ou pelo contrário iremos gerar mais desigualdade e exclusão social?
- A comunidade científica nesta área deverá manter um ambiente de abertura e de partilha de conhecimento ou será que se irá agravar a competição mundial para o prolongamento artificial da vida humana?

O novo Coronavirus fez-nos a todos refletir sobre a nossa fragilidade e o quão vulneráveis nós somos. Por mais que a ciência evolua, a imortalidade do corpo humano não existe.

Lisboa, 31 de Março de 2020



**POR SEMANA A APAV APOIA 18 PESSOAS  
IDOSAS VÍTIMAS DE CRIME OU DE VIOLÊNCIA.\***

# **CAÇAR É SER CÚMPLICE.**

Se é familiar, vizinho ou se costuma estar em contacto com pessoas idosas, esteja atento. Desmazelo súbito, tristeza ou outros comportamentos estranhos não podem ser ignorados.

A violência contra pessoas idosas manifesta-se de muitas formas. Algumas quase invisíveis. Não desvalorize. Ligue.

CHAMADA GRATUITA  
**116 006**  
LINHA DE APOIO À VÍTIMA  
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H

**APAV**  
  
Apoio à Vítima



© APAV | 2020

instituição de solidariedade social - pessoa coletiva de utilidade pública

Rua José Estêvão, 135 A, Piso 1,  
1150-201 Lisboa

Tel. 21 358 79 00  
apav.sede@apav.pt

**APAV**<sup>®</sup>  
  
*associação portuguesa de*  
**Apoio à Vítima**

CHAMADA GRATUITA  
**116 006**  
LINHA DE APOIO À VÍTIMA  
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H