



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Maus-tratos contra os mais velhos - a Necessidade de uma Comissão de Proteção de Pessoa Idosa no Município de Penela

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

2022, Ana Rita Freire Janeiro



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Ana Rita Freire Janeiro

Maus-tratos contra os mais velhos - A Necessidade de criação de uma Comissão de Proteção
de Pessoa Idosa no Município de Penela

Trabalho de Projeto-Intervenção em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de
Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Sofia Silva

Dezembro de 2022

AOS MEUS PAIS...!

OBRIGADA.

“Algo só é impossível até que alguém prove o contrário”

Albert Einstein

Agradecimentos

Chegou o momento, aquele que se traduz na conclusão desta etapa, aquele ápice em que escrevo a agradecer a todos e aos mais próximos que estiveram, sempre, a meu lado.

Começo por agradecer toda a orientação, condução e apoio dado pela minha orientadora, Professora Doutora Sofia Silva, bem como todo o seu incentivo e acompanhamento.

De seguida, à Câmara Municipal de Penela na pessoa do Dr.º Luís Matias e Dr.º e Rui Seoane (anterior executivo) e ao atual, nas pessoas do Sr. Presidente Dr.º Eduardo Santos e Sr.ª Vereadora Dr.ª Edite Simões, por toda a aprendizagem e permissão para que este estudo fosse feito no Município de Penela.

De seguida, à Câmara Municipal de Penela na pessoa do Dr.º Luís Matias e Dr.º e Rui Seoane (anterior executivo) e ao atual, nas pessoas do Sr. Presidente Dr.º Eduardo Santos e Sr.ª Vereadora Dr.ª Edite Simões, por toda a aprendizagem e permissão para que este estudo fosse feito no Município de Penela.

À minha família com especial (sempre especial) destaque dos meus queridos pais que, orgulhosamente, me apoiaram e incentivaram.

Aos meus de sempre, e para sempre, amigos sem especificar ou excluir nenhum ressalvo alguns, Ki, Dany e Paulo que conseguem sempre fazer a diferença em tudo na minha vida desde há tantos anos.

Deste curso de mestrado levo muita coisa, mas ficarão, para sempre, as amizades e onde nelas destaco a especial Denise, em que as palavras faltam para agradecer por tudo, bem como às minhas “Teresinhas de Mortágua” e à Raquel Neves.

Por último, sendo o primeiro, ao Bruno. Onde tudo o que possa escrever se torna insuficiente perante todo o companheirismo, amor, orgulho, esperança e crença que teve em mim. Agradeço-lhe hoje como lhe agradeço todos os dias. Que nunca se esqueça que serei sempre um “girassol”!

A TODOS, o meu muito obrigada!

“Vá sempre além do que é esperado.”

Larry Page

Resumo

MAUS-TRATOS À PESSOA MAIS VELHA – A necessidade de criação de uma Comissão de Apoio à Pessoa Idosa do Município de Penela

De acordo com a OMS, a população com mais de 60 anos de idade, a nível mundial, aumentará cerca de 22% até 2050 e, por isso, há uma tentativa de minimizar o impacto negativo desse fenómeno, através das políticas públicas, que introduzem um novo conceito designado por “inclusão social”.

O nosso projeto teve como objetivo principal identificar as necessidades de proteção social da população mais velha do Concelho de Penela. Inquiriu-se uma amostra de 50 indivíduos com 65 e mais anos, residentes no Município de Penela, com o questionário de avaliação baseado no Elder Assesment Instrument (EAI) (Fulmer, 2013), versão portuguesa validada por Fernandes e Gonçalves (2014). Como resultados, obtivemos a informação necessária para avançar com a proposta da criação da Comissão de Proteção da Pessoa Idosa no concelho de Penela.

Esta Comissão, vem colmatar uma necessidade premente no concelho, uma vez que a inexistência deste tipo de entidades cria um espaço para o aumento do isolamento social dos mais velhos. Este isolamento impede a população de participar ativamente na vida cívica, quer pela sua situação económica débil, quer pela mobilidade física mais diminuta, quer pela distância física a que a vila de Penela se encontra dos locais mais isolados do concelho.

Palavras-chave: violência; isolamento; maus-tratos

Abstract

MISTREATMENT OF THE OLDER PERSON - The need to create a Commission to Support the Elderly in the Municipality of Penela

According to the World Health Organization (WHO), the worldwide population over 60 years of age will increase approximately 22% by 2050. Therefore, there is an attempt to minimize the negative impact of this phenomenon through public policies, which introduce a new concept defined as “social inclusion”.

Our project had as main objective to identify the needs of the lack of social protection of the older population of the Municipality of Penela. A sample of 50 individuals aged 65 and over, residing in the Municipality of Penela, was drawn up, and an assessment questionnaire based on the Elder Assessment Instrument (EAI) (Fulmer, 2013), Portuguese version validated by Fernandes and Gonçalves (2014), which was administered to the sample. As a result, we obtained the necessary information to move forward with the proposal to create the Commission for the Protection of the Elderly in the municipality of Penela.

This Commission fills a pressing need in the municipality since the lack of this type of entity creates a space for increasing the social isolation of the elderly. This isolation prevents the population from actively participating in civic life, either because of their weak economic situation, or because of lesser physical mobility, or because of the physical distance that the town of Penela is from the most isolated places in the municipality.

Keywords: violence; isolation; mistreatment

Índice

Introdução.....	1
-----------------	---

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1 - O Envelhecimento e Envelhecimento Ativo	4
1.1. Envelhecimento Ativo	4
1.2. Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido	6
1.3. Estratégias Nacional para o Envelhecimento Ativo	9
Capítulo 2 - Envelhecimento, Violência e Maus-tratos	10
2.1 Envelhecer em Portugal	10
2.2. Abuso, Violência ou Maus-tratos de Pessoas Idosas	12
2.2.1. Definição de Violência	14
2.2.2. Violência contra os Idosos	15
2.3. Teorias explicativas dos Maus-tratos.....	19
2.4. Violência em Portugal	21
2.5. A Prevenção como forma de combate à violência	22
2.6 Intervenção e Programas de Apoio aos Idosos em Portugal	25

Parte II - O Estudo Empírico e o Projeto de Intervenção

Capítulo 3 - Opções Metodológicas	29
3.1. Objetivo do Estudo	29
3.2. Contextualização do Estudo.....	29
3.2.1. Caracterização Económica	30
3.2.2. Serviços e Respostas Sociais para Pessoas Idosas	30
3.3. Amostra.....	31
3.4. Instrumento	31
3.5. Procedimento.....	32
Capítulo 4 - Apresentação de Resultados e Discussão.....	33
4.1. Resultados Qualitativos.....	33
4.2. Resultados Quantitativos	37
4.3. Proposta para a Comissão de Proteção de Pessoas Idosas	42

Conclusão	48
Referências.....	50
Anexos.....	52

Lista de abreviaturas

1. PSP – Polícia de Segurança Pública
2. GNR – Guarda Nacional Republicana
3. MAI – Ministério da Administração Interna
4. NIAVE– Núcleo de Investigação e Apoio a Vítimas Específicas
5. APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
6. IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Lista de figuras

FIGURA 1 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO.....	11
--	----

Lista de tabelas

Tabela 1 – Instituições e Valências de Penela.....	30
Tabela 2 – Categorização das Categorias e Subcategorias de Avaliação	33
Tabela 3 – Distribuição dos Indivíduos por Freguesias	37
Tabela 4 – Distribuição dos Indivíduos pela variável Sexo e Idade.....	37
Tabela 5 – Distribuição dos Indivíduos pelas variáveis Sexo, Nacionalidade, Estado Civil, Situação de Vida e se tem cuidador.....	38
Tabela 6 – Distribuição dos Indivíduos por Ciclos de Ensino	38
Tabela 7 – Distribuição dos Indivíduos pelos Itens do Questionário	39

Introdução

A sociedade está mais envelhecida, no entanto, continuam a existir visões negativas associadas ao envelhecimento, trazendo consigo preconceitos e estereótipos relativamente às pessoas mais velhas. Estas pessoas continuam a ser vistas pela sociedade como frágeis, doentes e dependentes e encaradas como um encargo económico e social para o Estado (APAV, 2020).

O aumento da esperança média de vida é um dos maiores sinais de prosperidade de uma sociedade onde os avanços tecnológicos, médicos e sociais permitem à população viver mais, não significando que vive melhor, uma vez que os preconceitos existentes levam ao desrespeito pelos direitos dos mais velhos, à sua exclusão e marginalização, que pode levar, em algumas situações, ao crime e à violência.

É necessária uma mudança de paradigma, onde os mais velhos deixem de ser sujeitos passivos e pessoas que precisam de ajuda e/ou proteção, e passem a ser vistos como pessoas com direitos (APAV, 2020).

A Vila de Penela, situada no distrito de Coimbra, na província da Beira Litoral, é um dos municípios onde o envelhecimento da população é maior e as respostas sociais nem sempre acompanham as suas necessidades. Nesse sentido, foi proposta a criação de uma Comissão de Proteção da Pessoa Idosa, de modo a ajudar a colmatar algumas lacunas existentes no Concelho.

Este documento relata o projeto de investigação realizado, de modo a percebermos a pertinência da criação desta comissão e está dividido em duas partes e subdividido em quatro capítulos. Na parte I, temos o enquadramento teórico, onde temos por base a literatura de referência, que nos permite saber sobre a temática que elegemos trabalhar. Dessa forma, no capítulo I, iniciamos com uma abordagem sobre o envelhecimento e o envelhecimento ativo e no segundo capítulo falamos do envelhecimento, da violência e dos maus-tratos aos mais velhos. Na parte II, temos o nosso estudo empírico e o Projeto de Intervenção. No capítulo III mostramos as opções metodológicas utilizadas e no capítulo IV apresentamos os resultados e respetiva

discussão. Terminamos com uma Conclusão e as Referências utilizadas para a realização deste trabalho.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – O Envelhecimento e Envelhecimento Ativo

1.1. O Envelhecimento: um fenómeno individual e coletivo

O termo “envelhecimento” tornou-se habitual no nosso quotidiano. No entanto, este termo pode levar-nos, pelo menos, para dois conceitos diferentes: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo, que se trata de um conceito mais recente, e ainda que ambos se cruzem, são dois termos com significados diferentes (Rosa, 2012).

No envelhecimento individual podemos distinguir dois termos: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico resulta exclusivamente da idade, tratando-se de um processo universal, progressivo e inevitável. Envelhecemos a partir do momento da conceção, e ainda que seja um processo progressivo, existem momentos de aceleração variável. O envelhecimento biopsicológico não é tão linear como o envelhecimento cronológico, uma vez que é vivido por cada indivíduo de forma diferente, pelo que ninguém sabe ao certo quando situar o início do envelhecimento: aos 50 anos, aos 60 anos ou aos 70 anos. Depende da vivência de cada um, dos seus hábitos, dos estilos de vida, do género e do meio onde está inserido. Por isso, cada pessoa manifesta os sinais de envelhecimento de modo singular (Rosa, 2012).

Não existe um sentimento único associado à velhice. No início da humanidade, a velhice terá sido mais valorizada, talvez pela curta esperança de vida, ou por ser associada à experiência e sabedoria necessárias para ajudar os jovens. No entanto, também nestes tempos mais longínquos, a velhice era vista como um fardo, tanto que o recurso ao isolamento dos velhos para “morrerem nas montanhas” ou o abandono, sobretudo no caso dos povos nómadas, cuja mudança constante de local, levava à ideia de que os mais velhos, menos ágeis, “atrapalhavam” a deslocação. Atualmente esta visão dupla de perspetivas em relação à velhice, mantém-se (Rosa, 2012).

O lado mais negativo da velhice associa-o à morte, como uma última fase da vida em que os homens já não têm projetos de futuro. O envelhecimento também é associado a uma deterioração física, que pode levar a um isolamento social. O lado mais positivo, liga o envelhecimento ao privilégio de se chegar a idades mais avançadas e também de

se concretizarem alguns sonhos que não foram possíveis de realizar durante a vida ativa. Nesse sentido, podemos dizer que a velhice é um estado complexo, vivido, sentido e percebido de forma distinta por cada indivíduo (Rosa, 2012).

O envelhecimento coletivo integra duas perspectivas diferentes: envelhecimento demográfico (ou da população) e envelhecimento societal (ou da sociedade). No envelhecimento demográfico, através das idades consensualmente aceites, todos os indivíduos são classificados, indiscriminadamente, em categorias fixas: idade jovem, ativa e idosa. É a partir destas categorias que se desenvolve o conceito de envelhecimento demográfico (ou da população), uma vez que as idades que as definem estão claramente definidas: até aos 15 anos, os jovens; entre os 16 e os 64 anos, idade ativa; a partir dos 65 anos, temos os “reformados” ou a terceira idade (Rosa, 2012).

O envelhecimento demográfico é confirmado através do aumento do número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos (índice de envelhecimento), ou seja, a população envelhece, quando os idosos passam a valer mais em termos estatísticos (Rosa, 2012).

Em Portugal, e de acordo com os censos realizados em 2021, temos uma percentagem de 12,9% de população até aos 14 anos, existindo um decréscimo de 2% face ao ano de 2011. Relativamente às idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos temos 63,7% da população. Se olharmos para os valores de 2011, também esta faixa etária decresceu sensivelmente 3%. No que aos mais velhos diz respeito, e de acordo com o último Censos, existe 23,4% da população com 65 anos ou mais, o que corresponde a um aumento de 3%, sendo esta a faixa etária a única que aumentou (Pordata, 2022).

Quanto ao envelhecimento societal, embora pareça estar diretamente ligado ao envelhecimento demográfico, não é verdade. Ainda que a população possa envelhecer, a sociedade não encontra uma maneira de enfrentar esse envelhecimento. Nesse sentido, o envelhecimento societal corresponde ao corte de alguns preconceitos ou pressupostos da sociedade associados à velhice (Rosa, 2012).

Em suma, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Estas alterações são determinantes na perda de capacidades de adaptação ao meio ambiente, gerando uma maior vulnerabilidade e

uma maior incidência de patologias. Com a idade, verifica-se uma diminuição das capacidades funcionais, sendo esta uma das mais frequentes patologias associadas à velhice (Ferreira et al., 2012).

A capacidade funcional é definida através da manutenção da capacidade de realizar (ou não) as Atividades de Vida Diária (AVD) e as Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI). Estas atividades, principalmente as AVD's são necessárias para uma vida independente e autónoma, mantendo a pessoa mais velha participativa na gestão e nos cuidados com a própria saúde e na execução de tarefas domésticas. Embora a velhice possa estar associada ao aumento da dependência física, ao declínio funcional, ao isolamento social, à depressão, etc., é possível viver mais com melhor qualidade de vida, através de um envelhecimento independente e autónomo, com base numa boa saúde física e mental (Ferreira et al., 2012).

1.2. Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido

Segundo Ribeiro e colaboradores (2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, define o envelhecimento ativo como um processo que busca otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Os mesmos autores referem ainda que “o termo ativo refere-se, além da capacidade física e da participação na força de trabalho, ao envolvimento do indivíduo idoso nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis” (Ribeiro et al., 2009, p. 502). O envelhecimento ativo pretende ser uma redefinição positiva do envelhecimento e da velhice, evocando imagens específicas de vitalidade, atividade, autonomia e independência. Aquele conceito situa-se na base do reconhecimento dos direitos das pessoas idosas, da sua independência, participação, dignidade, atenção e autodesenvolvimento (Mártires, 2015). Segundo o artigo 7.º da Declaração Universal dos Direitos dos Idosos, às pessoas idosas deve ser dada a oportunidade de “permanecerem integradas na sociedade, participando ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e partilhar o seu saber e habilidades com gerações mais jovens” (as cited in Pimentel & Silva, 2012, p. 220). A literatura também nos aponta o conceito de “velhice bem-sucedida”, que surge pela primeira vez com Havighurst em 1961 (Motta et al., 2005, as cited in Ribeiro et al., 2009, p. 502), associado a atividades

que geram satisfação e que ajudam na promoção da saúde. Mais tarde, o conceito foi atualizado através de um modelo que ainda hoje domina a literatura: o modelo de Rowe e Kahn (1987, as cited in Ribeiro et al., 2009). Na perspectiva destes autores, o envelhecimento bem-sucedido é caracterizado pelo envolvimento ativo com a vida, associado à funcionalidade física e mental, sem a presença de patologias. Este envolvimento compreende as relações sociais e as atividades produtivas, como a relação com os vizinhos, o trabalho voluntário, as atividades religiosas, etc. Os mesmos autores identificam ainda três fatores para uma maior produtividade na velhice: saúde física e capacidade funcional, características pessoais, como a escolaridade e a autoeficácia, e a participação nas relações interpessoais (Rowe & Kahn, 1998, as cited in Ribeiro et al., 2009).

Existem algumas orientações por parte da OMS para a promoção do envelhecimento ativo, uma vez que este processo promove a dignidade e a qualidade de vida, pilares basilares não condizentes com a violência contra os mais velhos. As estratégias definidas devem ser transversais às sociedades preparadas e desenvolvidas (OMS, 2002a) e assentam num conjunto de determinantes: cultura, género, serviços sociais e de saúde, determinantes comportamentais e pessoais e ambiente físico, social e económico.

A cultura reúne tradições e valores que definem as sociedades. Por um lado, em certas culturas, o envelhecimento e a doença são encarados como parte do mesmo processo, existindo uma maior disponibilidade por parte da sociedade para criar estratégias preventivas e serviços necessários para responder aos mais velhos. Por outro lado, também a cultura da sociedade vai determinar a maneira como interagem e integram os mais velhos na sociedade. No entanto, os direitos humanos - devem estar assegurados, acima de qualquer tradição (OMS, 2002a).

O género sempre foi um influenciador nas diversas dinâmicas sociais e áreas de intervenção. De um lado as mulheres, que apesar do seu estatuto económico mais frágil, que limita o acesso a bens essenciais, continuam como as principais cuidadoras dos restantes familiares, mesmo que isso implique sacrifícios e escolhas que não são das próprias. Do outro lado, os homens, que têm a tendência a estar mais expostos a lesões graves, provenientes de violência ou de situações profissionais. Estão também mais

associados à exposição de consumos de substâncias nocivas e a situações de suicídio (OMS, 2002a).

Os serviços sociais e de saúde apostam na promoção da saúde, através de programas que desenvolvem a autonomia e o autocontrolo, a prevenção da doença e a gestão das limitações associadas ao envelhecimento, de modo que as pessoas mais velhas possam manter a sua vida com qualidade e dignidade (OMS, 2002b).

Os determinantes comportamentais referem-se à adoção de um estilo de vida saudável: atividade física, alimentação equilibrada, cuidar da saúde oral, evitar consumos tóxicos e nocivos e participar ativamente na comunidade onde está inserido (OMS, 2002a).

Os determinantes pessoais incluem características genéticas e biológicas que determinam a tendência que aquela pessoa tem para desenvolver, ou não, um ou outro problema de saúde. Também se incluem as características psicológicas, como a inteligência e a cognição e também a definição que cada um tem de si próprio e que influencia a forma como encara a vida e os seus desafios (OMS, 2002a).

O ambiente físico refere-se às condições de habitabilidade e o meio envolvente, em particular o acesso aos cuidados de saúde na prevenção de situações de risco/doença e na resposta eficaz a problemas já diagnosticados.

O ambiente social deve permitir a existência de um suporte social efetivo, oportunidades educativas para todos e mecanismos contra a violência e o abuso (OMS, 2002b).

No que diz respeito ao **ambiente económico**, trata-se da condição económica em que a pessoa vive, que resulta da soma dos rendimentos próprios e os mecanismos de proteção social (pensões, subsídios de doença, etc.). Idosos com rendimentos insuficientes para as suas necessidades tendem a ficar mais vulneráveis e expostos a quadros de violência e abuso por parte de terceiros (OMS, 2002b).

De acordo com a OMS (2014) as estratégias de prevenção para os maus-tratos devem incluir: uma consciencialização e formação de profissionais; políticas e práticas de respeito pelos direitos das pessoas mais velhas e a sensibilização da população em geral

e dos profissionais em contacto com pessoas mais velhas, sobre sinais ou manifestações de violência. Estas estratégias devem ser implementadas de acordo com um processo de planeamento integrado e que abranja uma avaliação adequada da eficácia de cada medida desenvolvida em cada estratégia. Nesse sentido, os programas de envelhecimento ativo devem apostar e promover a autonomia da pessoa idosa. Devem ter uma abordagem multisectorial e transdisciplinar, usando estratégias de educação para a saúde que cheguem a todos (OMS, 2002b).

1.3. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo

A estratégia nacional para o envelhecimento ativo, assenta nos valores e princípios das Nações Unidas (2002), nomeadamente: independência, participação, assistência, autorrealização, dignidade. Em Portugal, são assumidos quatro eixos estratégicos: saúde, participação, segurança e mediação, monitorização e investigação.

No âmbito do eixo da **saúde** procura-se promover o estilo de vida saudável e a vigilância da saúde, o que implica “(...) monitorizar as principais vulnerabilidades em saúde nas pessoas idosas, tendo em conta as necessidades particulares de mulheres e homens, dando especial atenção aos fatores de risco internos (comorbilidades, idade avançada), os fatores de risco externos (pobreza, viver sozinho) e as “bandeiras vermelhas” (idas recorrentes às urgências, faltas às consultas, sinais de negligência, situações de violência doméstica)” (DGS, 2017, p.23);

A **participação**, mais especificamente a educação e formação ao longo da vida inclui “(...) informar e sensibilizar as pessoas idosas para o exercício da cidadania, direitos e deveres, proteção contra a discriminação, formas de acesso à justiça e serviços disponíveis” (DGS, 2017, p.28);

A **segurança e mediação** tem como objetivo criar ambientes físicos que garantam a segurança através da promoção de “(...) ações de sensibilização dirigidas às pessoas idosas e respetivos prestadores de cuidados no âmbito da prevenção, proteção e apoio em situações de ocorrências de crime” (DGS, 2017, p.34);

E por fim, a **monitorização e investigação**, não estando prevista quaisquer medidas para nortear a ação para prevenir e intervir em situações de violência contra os idosos.

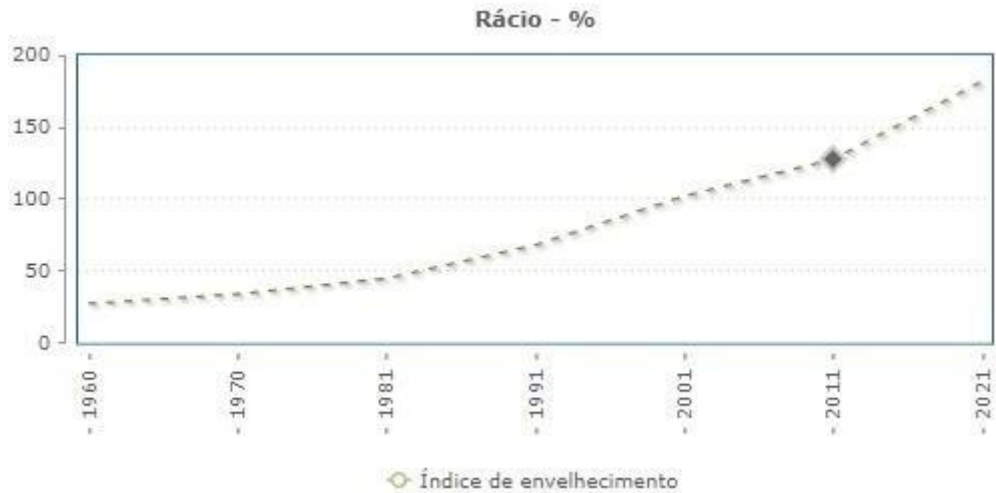
Capítulo 2 – Envelhecimento, violência e maus-tratos

2.1. Envelhecer em Portugal

Na primeira metade do séc. XIV, quem chegava aos 50 anos era considerado velho, uma vez que a esperança média de vida era baixa, devido principalmente a fatores externos, nomeadamente à fome, às doenças e à violência. Morria-se muito cedo, o que fazia com que a vida humana se desenvolvesse muito rapidamente. A partir dos 35 anos iniciava-se uma decadência física e psíquica e, após os 50 anos, era-se velho (Costa & Paulino, 2019).

No séc. XXI, a esperança média de vida à nascença em Portugal atinge os 80,8 anos (77,7 anos no caso dos homens e 83,4 anos no caso das mulheres). Quem já chegou aos 65 anos tem a expectativa de viver aproximadamente mais 19,5 anos (17,6 no masculino e 20,8 no feminino). Em Portugal, as origens destas alterações acontecem mais tarde do que em outros países europeus. Para nós, a evolução da mortalidade deu-se de forma mais lenta, o que ajuda a explicar a manutenção dos saldos naturais relativamente altos, até à década de 70 do séc. XX. Só após a revolução de 1974 começou a existir uma baixa da taxa de fecundidade que se prolongou pela década de 80, sendo considerado o principal fator explicativo do envelhecimento populacional (Costa & Paulino, 2019).

Nesse sentido, o processo de envelhecimento populacional está consolidado em Portugal, quer em termos nacionais, quer regionais. Em 2021, data dos últimos dados de recenseamento disponíveis, em relação ao índice de envelhecimento, mostra que apenas 45 dos 308 municípios registam valores inferiores a 100, ou seja, tem mais população jovem (0-14 anos) do que idosa (65 anos ou mais). Estes concelhos localizam-se nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, nas Regiões Autónomas e no Algarve. No interior do país encontram-se os concelhos mais envelhecidos, em alguns casos mais de 40% dos residentes tem mais de 65 anos (Costa & Paulino, 2019).

Imagem 1 – Índice de envelhecimento (Fonte: Pordata, 2022)

A sociedade portuguesa envelheceu e esse fenómeno é um dos maiores desafios da atualidade, porque apresenta consequências a nível económico e social que, embora não tenham que ser negativas, obrigam a um planeamento e a uma mudança de paradigma por parte da sociedade (Costa & Paulino, 2019).

Em Portugal, viver no interior rural ou em meios urbanos, pode significar diferentes oportunidades de acesso a recursos. Paula Santana (2000) realizou um estudo sobre as desigualdades regionais no acesso aos cuidados primários de saúde e percebemos que, desempenhando um papel significativo no acompanhamento da população idosa do interior, não cobre as necessidades a longo prazo ou cuidados mais especializados (as cited in Costa & Paulino, 2019, p.13).

De acordo com o último recenseamento (2021), cerca de 655 mil idosos viviam sozinhos o que representa um aumento de 39% em relação a 2011 (Pordata, 2022). Estes idosos concentram-se predominantemente no interior do país, onde se encontram os maiores índices de envelhecimento. Falamos, na sua maioria, de mulheres viúvas, uma vez que têm uma maior esperança média de vida, como já foi referido. Em 2004, num estudo realizado por Mauritti, verificou-se que os idosos portugueses são muito heterogéneos, mas existe também um predomínio da velhice de pobreza e da velhice precária. Em 2017, 20,7% da população com mais de 65 anos se encontrava em risco de pobreza ou de exclusão social. Num estudo realizado em 2014, percebeu-se que na primeira década

do séc. XXI, se observou um decréscimo dos níveis de pobreza dos idosos, na sequência da implementação de algumas medidas sociais de apoio, específico a este grupo etário, nomeadamente a introdução do Complemento Solidário para Idosos e o aumento do valor das pensões. No entanto, subsistem focos de pobreza, principalmente nas pessoas acima dos 75 anos que vivem sozinhas, maioritariamente mulheres. Em 2010, as políticas de austeridade implementadas incidiram nas pensões contributivas, associado ao facto de que muitos idosos passaram a ser o suporte económico dos seus familiares, devido ao aumento do desemprego da população em idade ativa (Costa & Paulino, 2019).

A solidão, baixos rendimentos e baixos níveis de instrução constituem fatores de risco para a população idosa que, associados a outras situações de incapacidade física, que limitam as atividades de vida diária, acentuam a sua vulnerabilidade económica e social (Costa & Paulino, 2019).

2.2. Abuso, Violência ou Maus-tratos de Pessoas Idosas

Estes três substantivos são utilizados como sinónimos em diversas publicações, pelo que nesse sentido, é bom esclarecer se realmente têm significados similares e se é indiferente o seu uso, ou se por outro lado, há algum que se adeque melhor aos objetivos a atingir (APAV, 2020).

De acordo com a OMS (2017), estima-se que um em cada seis idosos tenha sofrido de algum tipo de violência ou abuso no último ano. Trata-se de um comportamento que afeta milhões de pessoas, com consequências terríveis a nível individual e social (Pillemer et al., 2016). O abuso de idosos pode ocorrer na própria habitação, mas também noutros contextos, nomeadamente nos hospitais, nos lares e centros de dia, sendo os efeitos muito nefastos, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar psicológico e social dos idosos, bem como o aumento das taxas de mortalidade e de morbilidade (Pillemer et al., 2016). No entanto, este fenómeno, poderá ser minimizado, através da prevenção, tentando compreender-se as causas, o perfil das vítimas e dos agressores. Neste campo, os membros da família e os cônjuges são causadores de 90% dos casos de violência, mas também encontramos os cuidadores formais, os

profissionais de saúde e outros que nem sempre têm a consciência dos seus atos agressivos (Mysyuk, Westendrop, & Lindenber, 2013).

O abuso de idosos emergiu em meados dos anos 70 do séc. XX, como uma forma de violência doméstica que carecia de intervenção (Mysyuk et al., 2013). Também nesta altura, este fenómeno começou a ser alvo de análise científica, nomeadamente pela mão dos profissionais de serviço social e de saúde, mais especificamente Burston (1975) e Baker (1975), que utilizam o conceito de *granny battering*, para circunscrever o abuso aos maus-tratos que acontecem no seio familiar (Mysyuk et al., 2013). Durante as décadas posteriores, foram aparecendo diversos conceitos e definições de abuso. Algumas muito idênticas e outras completamente inovadoras, que foram abrindo a abordagem do conceito, nomeadamente incluindo o abuso emocional, a negligência e o abandono, alargando o tipo de agressores a familiares não diretos e o perfil das vítimas, que deixaram de estar limitadas às mulheres mais idosas (*grannies*), passando a abranger todos os idosos (Costa & Paulino, 2019).

Em 1984, Eastman designa o abuso a idosos de *old age abuse*, precisamente para mostrar que não eram só as mulheres que sofriam de abuso. A partir dos anos 90 do séc. XX, dão-se importantes avanços na definição do conceito. Em 1998, Comijs e colaboradores definem *elder mistreatment*, como todos os atos com carácter regular dirigidos a indivíduos com mais de 65 anos, perpetrados por pessoas que tenham alguma relação pessoal ou profissional com eles e que lhes causam danos físicos, psicológicos e/ou materiais (Costa & Paulino, 2019).

Ainda durante a década de 90, a definição com maior impacto foi apresentada pela *Action on Elder Abuse* (AEA, 1995) na Grã-Bretanha, e esta definição foi adotada pela OMS na Declaração de Toronto para a prevenção do abuso de idosos. Esta definição define abuso como sendo qualquer ato isolado ou repetido, e também a carência de uma ação adequada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde exista uma expectativa de confiança, que origine dano ou incómodo a uma pessoa idosa (OMS, 2002a). Esta definição é atualmente a mais conhecida e utilizada pela comunidade científica (Costa & Paulino, 2019).

No entanto, em 2020, um estudo da APAV indicou que qualquer uma das definições ficou ligeiramente aquém da realidade, pelo que avançaram com uma “nova” definição de violência contra os mais velhos: “qualquer ato ou omissão, única ou repetida, intencional ou não, cometida contra uma pessoa idosa vulnerável e que atente contra a sua vida, integridade física, psíquica e sexual, segurança económica ou liberdade, ou que comprometa o desenvolvimento da sua personalidade (APAV, 2020, p.20).

Nos últimos anos foram-se verificando esforços por parte de diversos investigadores e organizações, de modo que se pudesse chegar a uma definição de maus-tratos a idosos que fosse suficientemente abrangente. Esta tentativa tornou-se um assunto complexo, na medida em que são inúmeras as dificuldades entre a variedade de termos existentes para definir (maus-tratos, abuso, violência, negligência, abandono). Relativamente aos conceitos utilizados para se referir a esta problemática, é mais comum utilizar-se os termos “maus-tratos” e “abuso”. Contudo, e de acordo com alguns autores, é correto utilizar a expressão maus-tratos, de forma a incluir o abuso, a negligência e a auto-negligência (cf. Andrade, 2015).

Dessa forma, e reconhecendo as várias terminologias, a bibliografia mais recente adotou o termo “violência”, uma vez que se trata do termo mais abrangente e é o mais claro para o senso comum e também para os profissionais inseridos no tema (APAV, 2020).

2.2.1. Definição de Violência

A violência está cada vez mais presente na nossa sociedade. É um problema global, transcultural, independente do status socioeconómico, etnia e religião. É uma questão cada vez mais relevante e que tem acompanhado a evolução da população. Estamos a falar de uma violação dos direitos humanos, apresentando-se de várias formas e implica a prática de vários crimes (Anastácio et al., 2019).

O maior problema na realização de estudos sobre a violência, prende-se na dificuldade de agrupá-los em categorias e/ou tipologias que sejam aceites e que incluam as diversas facetas. No entanto, a literatura apresenta-nos cinco formas distintas de violência contra os idosos: violência física, violência sexual, violência psicológica e emocional, violência financeira/económica e exploração, negligência e abandono (APAV, 2020).

O National Center on Elder Abuse (NCEA), definiu a violência física como “(...) a ação intencional de alguém que ocupa uma posição de confiança em relação à pessoa idosa vulnerável que pode causar lesões corporais, dor física, ou incapacidade no idoso”. Podem incluir comportamentos violentos como infligir impacto (com ou sem objetos), esmurrar, pontapear, bofetear, morder, queimar e qualquer outra ação violenta (Barboza, 2016; Jesso & Tutty, 2005; Joshi & Flaherty, 2005; McDonald & Collins, 2000).

Esta definição, encontra as suas raízes no conceito proposto por Baker, em 1975, *Granny Battering*, no entanto, esta definição foi evoluindo, através de conclusões resultantes de outros tipos de violência, destacando-se três tipos de violência física: 1) uso intencional ou imprudente da força física, de modo a infringir dor ou lesão; 2) uso da força física, desnecessária, de modo a controlar ou coagir a pessoa idosa; 3) uso de meios físicos, excessivos, para restringir ou isolar o idoso. A forma mais extrema de maus-tratos físicos é a que resulta em homicídio, uma vez que a alteração da dosagem da medicação prescrita pode resultar numa morte aparentemente natural (Dyer, Cannolly, & McFeely, 2003).

No estudo de 2020, a APAV definiu a violência física, como agressões que se traduzem em murros, pontapés, empurrões, queimaduras, entre outras (ainda que não resultem em marcas físicas), como a sub ou sobredosagem da medicação. No entanto, o mesmo estudo diz-nos que, apesar de existir uma grande prevalência deste tipo de violência, não é a que mais vítimas os mais velhos.

2.2.2. Violência contra os Idosos

Por violência sexual entende-se “(..) qualquer contato ou exposição de natureza sexual sem consentimento da pessoa idosa e perpetrado por alguém numa posição de confiança. Inclui o contato sexual com um idoso incapaz de prestar consentimento informado” (NCEA, 2015, p.8) também inclui a exposição forçada a conteúdos pornográficos ou obrigar a pessoa idosa a despir-se (Barboza, 2016).

Quando este tipo de violência é perpetuada por pessoas conhecidas manifesta-se através de ameaças ou comentários desapropriados, evoluindo para a visualização e/ou escuta de conteúdos sexualmente explícitos ou para carícias/beijos, penetração digital ou com recurso a objetos ou formas mais extremas de violação (Brand et al., 2007).

Este tipo de violência também pode ocorrer em contextos institucionais, durante a higiene da pessoa idosa, através da introdução de cremes, pomadas, termómetros, cateteres, dedos, sem qualquer necessidade ou prescrição médica. As instituições que não assegurem aos seus utentes proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, também incorrem em maus-tratos sexuais (Brand et al., 2007).

Neste sentido, a definição de violência sexual deve ser o mais abrangente possível, de modo a incluir todas as formas de abuso sexual nos idosos, mas ao mesmo tempo também deve ser suficientemente específica, de forma que possa existir uma interpretação inequívoca. Dessa forma, a APAV, de modo a abranger todos os comportamentos de teor sexual, propõe uma nova definição de violência sexual que inclui todo o envolvimento sexual sem total consentimento (APAV, 2020).

Entende-se por violência psicológica como o(s) comportamento(s) verbal(is) ou não verbal(is) de alguém em posição de confiança em relação a uma pessoa idosa vulnerável, que resulta em dor psicológica, angústia, ou sofrimento no idoso (NCEA, 2015).

As semelhanças entre a violência emocional e psicológica não facilitam a distinção entre ambas as categorias. A definição entre violência ou maus-tratos verbais, pode ser um problema, uma vez que não inclui os comportamentos não verbais dos maus-tratos psicológicos. Estes afetam irremediavelmente a identidade, a dignidade e auto-estima da pessoa idosa, desenvolvendo um medo intenso, ansiedade e stress debilitante (Jesso & Tutty, 2005; Joshi & Flaherty, 2005; McDonald & Collins, 2000).

Em 2016, Barboza propôs uma abordagem desta forma de violência sob três categorias distintas: 1) Emocional, através de comportamentos verbais e não verbais, infligir dor, angústia ou sofrimento à pessoa idosa, inclui a utilização de insultos e linguagem depreciativa e o controlo sobre o tempo e a liberdade do idoso. Infantilizar o idoso ou tomar decisões por ele também podem estar incluídas; 2) Psicológica, consiste em ameaçar e infligir medo, como forma de controlar a vida de pessoa idosa, recorrendo a ameaças; 3) Verbais, usar a linguagem, escrita ou oral, de modo a causar dor à pessoa idosa. Criticar, amaldiçoar, relembrar erros passados, expressar expectativas negativas ou defraudadas, gritar e expressar desconfiança, são tudo formas de violência verbal. Esta forma de violência não deixa marcas físicas e dificilmente provoca provas da sua

ocorrência. Contudo, a APAV (2020) diz-nos que este é o tipo de violência mais sofrida por parte dos mais velhos.

Por violência financeira/económica ou exploração entende-se “(...) a apropriação ou uso indevido, ou a ocultação dos recursos, património ou ativos pertencentes à pessoa idosa. O agressor é alguém que se situa numa posição de confiança em relação à pessoa idosa, e que atua visando o seu lucro ou benefício de um terceiro, através de meios de coação, sedução, intimidação, engano ou outras formas de exercer influência (NCEA, 2015, p.5)”.

É possível diferenciar vários tipos de violência financeira, que vão desde a exploração por alguém próximo, até ao roubo por parte de funcionários de instituições, passando por burlas e outros crimes (Payne, 2002). Esse tipo de violência manifesta-se em fraudes, uso indevido e abusivo do dinheiro e/ou de outros bens, como levar o idoso a comprar determinado produto ou obrigar a pessoa idosa a dar quantias monetárias, roubo de dinheiro, apropriação de contas bancárias ou cartões de crédito/débito, falsificar assinaturas para proveito próprio (Jesso & Tutty, 2005; Joshi & Flaherty, 2005; McDonald & Collins, 2000).

Dentro da violência económica, existe um conceito que deve ser mencionado que são os maus-tratos fiduciários, que se entende por administração indevida do património da pessoa idosa por uma terceira pessoa de confiança, de modo a zelar pelos interesses económicos do idoso (Conrad et al., 2011; Stiegel, 2008; Stiegel & Klemm, 2008).

Relativamente à violência financeira, o conceito refere-se à diminuição da capacidade de gestão financeira por parte da pessoa idosa. Apesar disso, em muitos casos, o défice cognitivo associado à idade nada tem a ver com os prejuízos económicos, estando esses diretamente relacionados com a má administração do património por parte de uma pessoa de confiança (James, Boyle, & Bennett, 2014; Quinn, 2002).

No entanto, a responsabilização dos autores deste tipo de violência, só acontece através de provas concretas. O idoso pode aceder que seja efetuado determinado movimento financeiro, no entanto, se esse consentimento for conseguido através de coação ou

ameaças à pessoa idosa, estamos perante uma situação de violência. Contudo, estas provas nem sempre são fáceis de conseguir (Cannolly, 2010; Conrad et al., 2011; Nerenberg, 2006). Também pode acontecer que o idoso desconheça que os movimentos são efetuados (Payne & Strasser, 2012).

Através do estudo da APAV (2020), conclui-se que esta definição não é unânime, uma vez que “financeiro” remete para o dinheiro que alguém e “patrimonial” leva-nos ao património, àquilo que pertence a alguém e à sua capacidade de gerir esse património, pelo que o termo “violência económico-financeira” é a expressão mais difundida junto do público. Dessa forma, a APAV, no mesmo estudo propõe uma nova definição deste tipo de violência como o uso ilícito ou inapropriado do património da pessoa idosa através de todo o ato que impeça o controlo do património por parte da mesma ou a exploração prejudicial do dinheiro ou dos bens (APAV, 2020).

A negligência em relação à pessoa idosa é uma forma de violência igual a qualquer outra forma de violência e, normalmente, é considerada em dois caminhos: autonegligência e negligência praticada por terceiros.

Por autonegligência entende-se “(...) o comportamento da pessoa idosa que ameaça a sua saúde e segurança (NCEA, 2015).” No entanto, esta definição coloca a responsabilidade no idoso, tendo sido atualizada após um estudo de Burnes e colaboradores que define a negligência como “(...) a falha de um prestador de cuidados responsável pela pessoa idosa em satisfazer as suas necessidades (2015, p.1907).”

Barboza (2016) definiu a violência sob forma de negligência da seguinte forma: A negligência física, consiste em não considerar as necessidades básicas do quotidiano: não providenciar alimentação, vestuário, cuidados de higiene ou os cuidados diários (Joshi & Flaherty, 2005); Por negligência médica, entende-se a falha nos cuidados médicos básicos para um problema de saúde existente (Jesso & Tutty, 2005; Joshi & Flaherty, 2005); O abandono, trata-se de deixar a pessoa idosa completamente sozinha; Por negligência passiva, entende-se maus-tratos não intencionais associados à incapacidade do prestador de cuidados. Esta incapacidade deve-se à insuficiência ou à não existência de formação, ou também de stress associado à sobrecarga de trabalho no

cumprimento das necessidades da pessoa idosa vulnerável; A negligência ativa é a privação intencional de cuidados ao idoso, causando angústia e agravando os problemas de saúde física ou mental; A autonegligência, acontece quando a pessoa idosa deixa de prestar os cuidados a si própria

Embora a definição mais consensual deste tipo de violência junte ambos os conceitos, a APAV, após o seu estudo, não corrobora da mesma definição, acreditando que se trata de dois tipos de violência distintos. Dessa forma, por abandono entende-se o distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo, que leva à falta de prestação de cuidados e leva a pessoa idosa à total dependência de apoio familiar ou de outros; por negligência define a recusa, omissão ou a ineficiente prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa por parte do seu cuidador, que inclui a recusa de alimentação, de suporte, material e emocional e o descuido ao nível dos cuidados de higiene e saúde (APAV, 2020).

A seguir passamos a apresentar algumas teorias que podem explicar a origem da violência contra os idosos por parte dos seus cuidadores.

2.3. Teorias Explicativas dos Maus-tratos

De forma a perceber a origem dos maus-tratos a idosos, é importante perceber as diferentes abordagens teóricas que tentam explicar este fenómeno. Assim as teorias mais referenciadas são as seguintes: modelo do stress situacional, teoria da troca social, modelo da violência transgeracional, modelos da violência bidirecional, modelo da intervenção simbólica, modelo da psicopatologia do perpetrador, teoria feminista, teoria das políticas económicas (Andrade, 2015).

De acordo com o **modelo do stress situacional** os maus-tratos representam um fenómeno potenciado pelo stress que é vivido pelo cuidador. Este estado pode ser potenciado pela incapacidade física ou mental do idoso. Ou seja, o stress do cuidador, muitas vezes em sobrecarga ou burnout, constitui um ambiente favorável à ocorrência de maus-tratos (Andrade, 2015).

Relativamente à teoria da troca social, esta teoria diz-nos que as relações humanas são transações que procuram maximizar ganhos (benefícios ou recompensas) e minimizar os

custos (perdas). Neste sentido, existe uma tendência para manter as relações cujos ganhos são superiores e terminar as que os custos ultrapassam os ganhos. Contudo, as relações deveriam ser recíprocas, existindo uma igualdade de recompensas por todos os envolvidos. No entanto, o envelhecimento torna-nos mais dependentes, o que se traduz num desequilíbrio nas trocas sociais entre o idoso e o seu cuidador, fazendo com que este sinta um maior poder e ao mesmo tempo um menor benefício na relação, podendo potenciar este fenómeno (Andrade, 2015).

Segundo o **modelo da violência transgeracional**, a violência trata-se da perpetuação do ciclo de violência familiar em que o idoso, assumiu ele próprio, no passado, um comportamento abusivo para com o cuidador. De acordo com este modelo, os maus-tratos são fruto de uma aprendizagem, adquirida quer por observação, quer por experiência própria de abusos, que se perpétua de geração em geração (Andrade, 2015).

No **modelo de violência bidirecional** encontra-se a defesa que o ambiente partilhado e vivenciado pelo idoso e pelo seu cuidador propicia a agressão mútua. Este fenómeno de violência bidirecional parece comum a famílias cujos membros, ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, tentam exercer controlo uns sobre os outros (Andrade, 2015).

O **modelo de intervenção simbólica** defende que não são apenas os comportamentos da vítima e do seu cuidador que estão em causa, mas também a interpretação que cada um faz do comportamento do outro. Ou seja, na maioria dos casos pesa mais a interpretação que o cuidador faz da sua sobrecarga, do que a sobrecarga em si (Andrade, 2015).

No **modelo da psicopatologia do perpetrador** relaciona-se o risco de abuso com as características do abusador, em particular com problemas emocionais, de saúde mental ou outros comportamentos aditivos (Andrade, 2015).

A **teoria feminista** baseia-se em modelos propostos para a explicação da violência doméstica, uma vez que esta surge como afirmação do poder por parte dos indivíduos do sexo masculino (Andrade, 2015).

A **teoria das políticas económicas**, afirma que a violência resulta de questões estruturais e de situações de marginalização dos idosos por parte da sociedade. De acordo com esta

teoria, os maus-tratos acontecem com maior frequência quando o idoso se vê forçado a encontrar um cuidador ou outro tipo de apoio, depois de perder capacidade financeira ou um aumento do seu grau de dependência (Andrade, 2015).

Os maus-tratos contra os idosos podem assumir diversas causas, nesse sentido, é necessário que os profissionais que trabalham diretamente com as vítimas e os agressores, tentem perceber as dinâmicas familiares, de modo que as situações sejam rapidamente identificadas para que se possa agir em conformidade (Costa & Paulino, 2019).

2.4. Maus-tratos em Portugal

A violência contra os idosos é uma realidade em todo o mundo. Os idosos que são sujeitos ao abuso e negligência, têm um risco de mortalidade maior. Cerca de 2/3 dos agressores são os filhos e/ou os cônjuges. Os idosos agredidos são geralmente pessoas com idade acima dos 70 anos, do sexo feminino, viúva(o) ou solteira(o), aposentada(o), com baixa escolaridade e dependente física, emocional ou financeiramente do agressor (Anastácio et al., 2019).

Como violência, entende-se as agressões, abusos ou maus-tratos contra a pessoa idosa. Trata-se de manifestações específicas de processos, de relações sociais e interpessoais de grupos, de classes sociais, de sexo e/ou género e institucionais, que originam malefícios ou danos físicos, psicológicos e morais no idoso (Anastácio et al., 2019).

Portugal, em 2050, será um dos estados-membros da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa. Em Portugal, a violência contra os idosos ainda é obscura (APAV, 2014). Esta realidade pode ser agravada com uma quebra de laços existentes entre as gerações e o enfraquecimento dos sistemas de proteção social (OMS) (Anastácio et al., 2019).

Os estudos sobre o abuso de idosos em Portugal limitaram-se às participações de ocorrência de violência doméstica, às forças de segurança ou a outras instituições. De acordo com as forças de segurança, entre 2010 e 2015, a violência doméstica contra os mais velhos aumentou 8,3%. Segundo a APAV, a violência que ocorre no domicílio constitui, a longo prazo, o tipo de crime com maior incidência nos idosos. No ano de

2016, três em quatro denúncias realizadas na APAV, de crimes contra os idosos, correspondiam a violência doméstica, no qual a maior expressão correspondia a maus-tratos psíquicos (40,0%) e maus-tratos físicos (24,7%) (APAV, 2017).

Em 2017, a OMS estimava que uma em cada seis pessoas com mais de 60 anos é vítima de violência. Em Portugal, entre 2013 e 2018, a APAV apoiou 5482 pessoas idosas vítimas de crime e/ou violência. No entanto, destas, só 35% é que apresentaram queixa contra o(a) agressor(a), o que corrobora com o que a OMS (2017) divulgou: que 80% das situações de violência não são conhecidas (APAV, 2020).

2.5.A Prevenção como forma de combate à violência

A prevenção deve ser considerada um elemento-chave no combate aos maus-tratos, sendo a primeira etapa de qualquer medida de intervenção. Esta dimensão, implica toda a estrutura social dos idosos e dos seus familiares, passando pelos profissionais de saúde e serviços sociais. Chegamos então aos vários níveis de prevenção: primordial, primária, secundária e terciária (Costa & Santiago, 2019).

Em qualquer medida preventiva é necessário começar com a promoção de atitudes sociais positivas que gerem um clima social desfavorável à prática de maus-tratos e que promova o bem-estar de todos. Neste sentido, este primeiro nível de prevenção, prevenção primordial, tem o objetivo de evitar o aparecimento de padrões na vida social, económica e cultural, que levem ao aumento das situações de maus-tratos. Destemodo, o programa de prevenção primordial deverá atuar em três frentes: informação, formação dos profissionais e políticas institucionais (Costa & Santiago, 2019).

A informação, ainda que por si só não seja suficiente para mudar positivamente as atitudes face ao envelhecimento, é um elemento muito importante, havendo duas áreas chave específicas nas quais se deve incidir: a educação através dos meios de comunicação e a educação através de programas escolares. Na primeira área, devem ser emitidos e promovidos programas que transmitam uma imagem positiva dos mais velhos, encarando o processo de envelhecimento com normalidade e naturalidade, eliminando estereótipos e ideias idadistas. Devem ser promovidos programas de informação direcionados aos idosos, abordando as suas possibilidades e as suas limitações, os seus direitos e os seus deveres e também falando abertamente nos maus-

tratos, mostrando que não devem aceitar este comportamento e também quais os recursos disponíveis para ajudar. Relativamente aos programas escolares, seria importante incluir no currículo de uma disciplina o tema do envelhecimento e tudo o que ele implica, de modo que possamos erradicar estereótipos associados à idade e também o uso de determinada linguagem e expressões negativas relacionadas com os idosos. Seria também importante organizar encontros entre os idosos e as crianças/jovens, de modo a promover a solidariedade e a convivência intergeracional (Costa & Santiago, 2019).

A formação: dos profissionais deve contemplar o conhecimento das necessidades específicas dos mais idosos, tendo em especial atenção as situações de dependência e sobre o fenómeno dos maus-tratos, consciencializando-se que se trata de uma situação real e que a sua negação pode condicionar a dinâmica preventiva (Costa & Santiago, 2019).

As políticas institucionais relacionadas com a gerontologia e a geriatria devem contemplar o âmbito jurídico, assistencial e social. Relativamente ao âmbito jurídico, incluem-se a vigilância do cumprimento das leis existentes e o desenvolvimento de normas jurídicas que protegem os mais velhos, principalmente os mais fragilizados. No âmbito assistencial, é necessário o desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo, serviços de apoio domiciliário, entre outros, que melhorem a qualidade de vida e que promovam a independência dos idosos. É necessário também o aumento da oferta de lugares em residências e centros de dia, de boa qualidade e coordenados por profissionais credenciados. Ao nível social podemos destacar o desenvolvimento de programas que promovam as relações sociais dos idosos, criarsistemas que permitam eliminar barreiras arquitetónicas e adotar as suas casas às suas necessidades, criar e divulgar linhas de apoio aos mais velhos, e também é necessário que exista uma coordenação entre as diversas entidades e departamentos, de modo a evitar que exista a duplicação ou a falha dos serviços prestados (Costa & Santiago, 2019).

A prevenção primária tem como objetivo evitar que surjam casos de maus-tratos nos idosos, através do controlo das causas e dos fatores de risco. Os maus-tratos contra os idosos, não são consequência de um fator apenas, mas de uma combinação de fatores

individuais, sociais, culturais e ambientais. Nesse sentido, é um fenómeno bastante complexo, sendo necessário efetuar uma análise às causas dos maus-tratos e às potenciais situações de risco, para que se possam delinear instrumentos de avaliação, avaliar e identificar perfis da vítima e do agressor (Costa & Santiago, 2019).

Dessa forma, ao nível da prevenção primária é necessário reforçar as medidas referidas na prevenção primordial e também atuar sobre eventuais fatores de risco. Tendo em conta a situação, deve ser incentivado o recurso a serviços de apoio domiciliário e o apoio financeiro, de modo a melhorar as “ajudas técnicas” (fraldas e resguardos, próteses auxiliares de marcha, etc.). É importante também intervir junto dos cuidadores, dando o suporte social necessário às tarefas quotidianas, promover o bom estado da saúde mental e fornecer a informação necessária à prestação de cuidados e estratégias para lidar com o stress e a sobrecarga. Estas medidas devem focar-se nas potenciais vítimas e abusadores, mas também na família mais alargada, de modo que se possam colmatar as respetivas necessidades, para que se possa erradicar eventuais fatores de risco (Costa & Santiago, 2019).

Com a prevenção secundária pretende-se reduzir a prevalência dos maus-tratos, através da deteção dos casos ocultos e da intervenção precoce, de modo a evitar consequências mais graves e a reincidência. Este diagnóstico precoce é dificultado, como foi referido, pela natureza oculta dos maus-tratos, mas também por outros fatores relacionados com a vítima, com o opressor e com a sociedade. Em relação à vítima, temos a culpabilização, o medo de represálias, a chantagem emocional pelo abusador, pensar que não vão acreditar nela, aceitar os maus-tratos como algo normal, a dependência face ao abusador, não conhecer os seus direitos e/ou os recursos disponíveis para ajudar. Relativamente ao abusador temos o medo de sofrer alguma consequência legal, o isolamento social e o receio de assumir o fracasso, o que faz com que evite pedir ajuda. No que concerne à sociedade, ainda lidamos com a pouca informação e sensibilização para este tema e temos também (ainda) a ideia de que os maus-tratos são uma situação privada, que deverá ser resolvida dentro do seio familiar sem intervenção exterior (Costa & Santiago, 2019).

Face a isto, é necessário a realização de despistes da ocorrência de maus-tratos, disponibilizando instrumentos fidedignos, que reúnam uma alta sensibilidade e

especificidade, adaptados ao contexto e que sejam de fácil aplicação pelos diversos técnicos. O técnico, perante um idoso que demonstre algum sinal ou indicador que o tornem numa potencial vítima, deve agir no sentido de confirmar essa hipótese. Para essa confirmação, deve ter ao seu alcance uma série de instrumentos de medida (Costa & Santiago, 2019).

A deteção precoce destes casos depende do conhecimento e compreensão do problema, bem como do reconhecimento dos indicadores e das consequências. Dessa forma, enquanto a comunidade não se consciencializar do fenómeno e da sua gravidade, os casos vão ser detetados no limite da gravidade, quando os idosos apresentarem marcas corporais evidentes (Costa & Santiago, 2019).

A prevenção terciária enquadra-se no contexto de maus-tratos flagrantes, com o reconhecimento da sua ocorrência por terceiros. Assim, esta prevenção procura reduzir a continuidade ou as consequências da situação, tentando minimizar as sequelas e o sofrimento causados. Este nível de prevenção visa a criação de medidas que melhorem a qualidade de vida das vítimas, interrompendo o ciclo de violência e a minimização do risco de reincidência. Neste sentido, o ideal será a implementação (bem-sucedida) das medidas ao nível da prevenção primordial e primária. O grande objetivo destas medidas interventivas é a promoção de um envelhecimento ativo, com a manutenção da autonomia e independência das pessoas, ao longo do seu ciclo de vida (Costa & Santiago, 2019).

É necessária uma mudança de paradigma, onde os mais velhos deixam de ser sujeitos passivos e pessoas que precisam de ajuda e/ou proteção, e passem a ser vistas como pessoas com direitos (APAV, 2020)

2.6 Intervenção e Programas de Apoio aos Idosos em Portugal

Existem (ou existiram) vários programas de intervenção em situações de violência nos idosos em Portugal.

O primeiro, “Apoio 65 – Idosos em Segurança”, de 1996, iniciativa do Ministério da Administração Interna (MAI) e a Polícia de Segurança Pública (PSP), e tinha como principais objetivos garantir a segurança e a tranquilidade da população mais idosa.

Através da Guarda Nacional Republicana (GNR), foi desenvolvido o Núcleo Idosos em Segurança (NIS), em 2004, que foi substituído pelo Núcleo de Investigação e Apoio a Vítimas Específicas (NIAVE) e propõe: garantir a segurança e apoiar todas as pessoas idosas que vivem isoladas; conhecer a situação de todas as pessoas idosas na zona de intervenção da GNR; sensibilizar as pessoas para os diferentes tipos de criminalidade que incidem com maior frequência sobre elas, etc.

O Ministério da Administração Interna, através de outras entidades promove distintas ações junto dos mais velhos. Através da ação “Operação Censos Sénior”, a GNR visita regularmente idosos referenciados alertando para a importância em não confiar em pessoas estranhas, de modo a evitar burlas e assaltos, devolvendo a confiança dos mais velhos nas forças de segurança.

Da mesma forma que a GNR, a PSP, em 2012, lançou o projeto “A Solidariedade não tem idade – A PSP com os idosos”, na sequência do envelhecimento da população em evidência nos censos 2011, com o objetivo de “(...) determinar o número de idosos em risco que existam na área de responsabilidade da PSP; apurar a localização de idosos que residem na companhia exclusiva de pessoas idosas e que em simultâneo, estejam em situações de risco” (PSP, 2012).

Também a Associação de Apoio à Vítima (APAV), uma organização sem fins lucrativos e de voluntariado faz uma intervenção ao nível nacional (ilhas incluídas) com gabinetes de apoio à vítima, prestando apoio emocional, jurídico, psicológico e social a todas as vítimas de crime, idosos incluídos. Esta organização desenvolveu e tem testado o “Manual Títono”, para o atendimento a pessoas idosas vítimas de crime e de violência (APAV, 2010).

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa desenvolveu o programa “Intergerações”, que se trata de um programa de teleassistência 24 horas, permitindo mapear a distribuição de pessoas idosas e fazer o diagnóstico do seu ambiente habitacional, percebendo assim se os familiares são os principais agentes de maus-tratos físicos e psicológicos.

Fundada no ano 2000, a Associação Coração Amarelo, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que desenvolve a sua ação através da Cruz Vermelha Portuguesa, da Segurança Social e algumas Câmaras Municipais e o seu objetivo é

minimizar a solidão em que algumas pessoas idosas se encontram, promovendo a melhoria das condições de vida dos idosos e assegurar a sua proteção em situações de violência (Coração Amarelo, 2000).

A “Linha do Cidadão idoso”, é uma linha telefónica gratuita e de apoio à população idosa criada pelo provedor da justiça. Esta linha informa, encaminha e acompanha a atuação dos serviços públicos envolvidos na promoção dos direitos dos idosos, denunciando situações de abuso, violência e negligência.

Em casos de intervenção urgente, a “Linha Nacional de Emergência Social” é um serviço gratuito telefónico que funciona todos os dias do ano garantindo “(...) resposta imediata a situações que necessitem de atuação emergente e urgente no âmbito da proteção social” (Instituto de Segurança Social, 2019).

PARTE II – O Estudo Empírico e o Projeto de Intervenção

Capítulo 3 – Opções Metodológicas

3.1. Objetivo do Estudo

O objetivo deste estudo consistiu em identificar as necessidades da falta de proteção social da população mais velha do concelho de Penela, como forma de obter informações que sustentem a relevância da criação de uma Comissão de Proteção de Apoio às Pessoas Idosas, de modo a contribuir para o aumento da proteção social da população local.

3.2. Contextualização do estudo

Situada na província da Beira Litoral, região do centro e sub-região de Coimbra, o Município de Penela é um dos catorze municípios da sub-região do Pinhal Interior Norte. A vila de Penela, pertence ao distrito de Coimbra e conta com cerca de 3300 habitantes e situa-se a cerca de 20kms da capital de distrito.

O município está servido de estruturas rodoviárias (IC3 e IC8) que o aproxima das grandes áreas dinâmicas da criação de emprego terciário (Coimbra e Leiria). É limitado a norte pelo município de Mirando do Corvo, a leste por Figueiró dos Vinhos, a sudoeste por Ansião e a Noroeste por Condeixa-a-Nova.

O município de Penela, está dividido em quatro freguesias: Cumeeira, Espinhal, Podentes e União de Freguesias de São Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal, tem 132,49km² de área e 5440 habitantes (INE, 2021), distribuídos da seguinte forma: 568 indivíduos dentro da faixa etária entre os 0 e os 14 anos, que corresponde a 10,35% da população, na faixa etária seguinte, compreendida entre os 15 e os 24 anos, encontram-se 452 indivíduos que correspondem a 8,3% da população. Cerca de metade da população do município (49,3%) encontram-se na faixa etária entre os 25 e os 64 anos. Acima dos 65 anos encontram-se 1592 indivíduos, que corresponde a 29,53% (INE, 2021).

Relativamente ao índice de envelhecimento, percebemos que no município, por cada 100 jovens, existem 307 idosos. Estes resultados vão ao encontro do índice de dependência dos idosos que passa dos 50%, mais precisamente 55,1% (Pordata, 2021).

Podemos perceber que as faixas etárias mais baixas têm um menor impacto na densidade populacional, uma vez que, representa um número baixo de habitantes. Nesse sentido, podemos verificar que o município de Penela tem uma percentagem de pessoas em idade ativa, com tendência a envelhecer, uma vez que o maior impacto populacional vem da faixa etária dos maiores de 65 anos, o que deve gerar um alerta social (Carta Social, 2011).

No que respeita à escolaridade podemos verificar que 15,3% da população não tem qualquer tipo de escolaridade. No entanto, este valor baixou, relativamente aos valores reportados nos Censos de 2011. No 1ºCEB, encontram-se a frequentar 29,7% da população e no 2ºCEB 9,4%. A frequentar o 3ºCEB existem 15,1% da população e no ensino secundário encontram-se 18,1%. No ensino superior estão 12,2% da população. Este valor quase que duplicou tendo em conta os valores registados em 2011 (INE, 2021).

3.2.1. Caracterização Económica

A atividade económica é um indicador de diagnóstico com informação sobre o bem-estar da população de determinado território. De acordo com o plano estratégico educativo municipal, a maioria das atividades económicas desenvolvidas na região é dado um especial destaque à agricultura e ao turismo, não apenas pelo papel que podem desempenhar no desenvolvimento local (Carta Social, 2011).

De acordo com os dados mais atuais, o indicador do poder de compra do Município de Penela tem um valor inferior ao da média nacional, e também um valor ligeiramente inferior à média do conjunto dos municípios que integram o Pinhal do Norte Interior (Carta Social, 2011).

3.2.2. Serviços e Respostas Sociais para Pessoas Idosas

As valências para pessoas idosas distribuem-se quase uniformemente por centros de dia, estruturas residenciais para pessoas idosas e serviços de apoio domiciliário.

Tabela 1 – Instituições e valências de Penela

Instituição	Valências
Santa Casa da Misericórdia de Penela	○ ERPI ○ Centro de Dia ○ Serviço de Apoio Domiciliário
Casa de Beneficência Conselheiro Oliveira Guimarães	○ ERPI ○ Centro de Dia ○ Serviço de Apoio Domiciliário
Cáritas Diocesana de Coimbra	○ ERPI ○ Centro de Dia ○ Serviço de Apoio Domiciliário
Estalagem do Espinhal	○ ERPI ○ Centro de Dia
Naturidade	○ Unidade de Cuidados Continuados

No município existem cinco instituições com serviços sociais de apoio aos idosos: Santa Casa da Misericórdia de Penela, Casa de Beneficência Conselheiro Oliveira Guimarães, Cáritas Diocesana de Coimbra, Estalagem do Espinhal e Naturidade. Destas, apenas a Naturidade não dispõe de uma estrutura residencial, uma vez que está mais vocacionada para os cuidados continuados daqueles que ao saírem do hospital continuam a necessitar de cuidados. Também verificamos que das cinco instituições, três dispõem de serviço de apoio domiciliário, o que também é uma mais-valia, uma vez que a premissa é adiar ao máximo a institucionalização (cf. Tabela 1).

3.3. Amostra

Este estudo teve como população alvo os indivíduos com 65 e mais anos (N=1592) (INE, 2021), residentes no Município de Penela. A amostra inicial foi selecionada de acordo com a disponibilidade da população alvo, para participar no nosso estudo. Inicialmente ficamos com uma amostra de 354 indivíduos, no entanto, colocaram-se algumas limitações, nomeadamente o tempo disponível para a realização do estudo, que de alguma forma, nos obrigou a reduzir drasticamente a amostra para 50 indivíduos velhos, não institucionalizados, residentes no concelho de Penela à data do início do estudo.

3.4. Instrumento

Para recolha de dados, foi utilizado o questionário de avaliação baseado no Elder Assessment Instrument (EAI) (Fulmer, 2003), versão portuguesa validada por Fernandes e Gonçalves (2014), de modo a recolher alguma informação acerca do potencial risco de maus-tratos. Enviamos o pedido de autorização para utilização do instrumento, em português, contudo, nunca obtivemos resposta.

Este instrumento averigua sinais de violência e também realiza uma avaliação geral acerca da pessoa idosa. É uma ferramenta de rastreio com 36 itens, divididos em 7 subescalas, para a identificação de eventuais sinais de abuso, negligência, exploração e abandono da pessoa idosa. Este instrumento responde às questões numa escala graduada, tipo *Likert*, que varia entre *nenhuma evidência até à total evidência* de abuso, baseadas em entrevistas e avaliações clínicas.

Os quatro primeiros itens são de avaliação geral, mas também diz respeito a possíveis sinais de negligência aquando de respostas negativas; existe seguidamente seis possíveis sinais de abuso e uma lista de sinais de negligência e exploração, no final, um resumo da interpretação clínica por parte dos profissionais acerca do eventual abuso. Esta ferramenta, não fornece um score quantitativo que indica a probabilidade do abuso, no entanto, se se encontrar alguma evidência de maus-tratos, o idoso deverá ser devidamente encaminhado.

Posteriormente, foi realizada uma entrevista semiestruturada (Anexo I) a uma das técnicas do Departamento de Ação Social da Câmara Municipal de Penela e também ao Comandante do Posto da GNR de Penela (Anexo II), de modo a reunir e complementar as informações e os dados relativos aos objetivos da investigação.

3.5. Procedimento

Este estudo foi desenvolvido com a colaboração da Câmara Municipal de Penela, após contacto prévio e respetiva aprovação do projeto pelo presidente da Câmara.

Uma vez que o propósito deste estudo é identificar as necessidades das pessoas mais velhas do município, que sustentem o eventual desenvolvimento de uma Comissão de Proteção para os mais velhos, após a aprovação do projeto pelo Município, a investigadora avançou com a recolha de dados. O protocolo consistia na administração do questionário de avaliação com a duração de 15 a 30 minutos, junto da população

idosa do município, antecipada pela entrega do pedido de consentimento informado (Anexo III), que incluía o esclarecimento dos inquiridos sobre o objetivo do estudo e a garantia de salvaguarda da confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Os dados foram recolhidos entre o dia 01.10.2022 e o dia 31.10.2022. A entrevista com a técnica superior da Câmara Municipal de Penela foi realizada no dia 03.08.2022, e a entrevista ao Comandante do Posto da GNR, foi efetuada no dia 10.08.2022.

Capítulo 4 – Apresentação de Resultados e Discussão

Este projeto pretende contribuir para identificar as necessidades da população mais velha do concelho de Penela, de modo a planear e definir uma Comissão de Apoio às pessoas mais velhas. O objetivo é contribuir para a criação de políticas sociais que promovam a qualidade de vida dos mais velhos.

4.1. Resultados Qualitativos

Relativamente aos resultados obtidos através da realização das entrevistas, foi nosso objetivo poder explorar a necessidade da criação da CAPI no concelho de Penela. Na tabela apresentamos as categorias e subcategorias de análise que entendemos corresponderem melhor aos discursos dos indivíduos entrevistados.

Tabela 2 – Categorização das categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
Funcionamento Ação Social /Posto GNR	i) equipa ii) projetos iii) pandemia
Estratégias na prevenção dos maus-tratos	i) encaminhamento das vítimas
Tratamento dos maus-tratos	i) processo legal
Criação da CAPI	i) objetivos ii) funcionamento iii) equipa
Outras informações	i) respostas sociais ii) cuidador informal iii) legalização/legislação

Através das diferentes dimensões, foi nosso propósito abordar várias áreas das instituições entrevistadas, como o seu funcionamento, as estratégias na prevenção e no tratamento da violência contra os mais velhos, percebemos também como é que com a criação da Comissão vai ajudar nesta prevenção e/u tratamento da violência. Com as entrevistas também obtivemos outras informações relevantes no que diz respeito ao apoio social no Município de Penela.

Após descobrirmos as categorias principais, também selecionamos algumas subcategorias que faziam mais sentido, no nosso entender, para perceber qual a equipa que trabalha nas instituições entrevistadas, e através das entrevistas apurámos que a equipa da Câmara Municipal é pequena, já o efetivo do posto da GNR é maior, de modo a dar um bom acompanhamento à população.

“Somos 2 Assistentes Sociais.” – E1

“(…) É composto por 18 militares, mandando posto um adjunto, um militar na secção de inquéritos e um militar e um militar na Secretaria e 14 patrulheiros.” – E2

Através da subcategoria “Projetos”, foi nosso objetivo entender e conhecer os projetos, associados aos idosos, em vigor nas instituições entrevistadas. Conseguimos perceber que os projetos em vigor estão direcionados para os mais velhos, de modo a proporcionar-lhes um envelhecimento ativo e saudável.

“O município de Penela ao longo dos anos tem delineado alguns projetos, dos quais destaco a nossa Universidade Sénior, que já funciona há mais de uma década e que pretende combater a exclusão e o isolamento, e por outro lado incentivar e motivar que todos os nossos seniores possam usufruir de mais conhecimentos” – E1

“(…) também tem vindo a delinear algumas atividades dirigidas aos mais idosos, nomeadamente a semana do Idoso, a comemoração do Dia dos Avós (...)” – E1

“as tarefas que desempenhamos nesta área são basicamente no âmbito do policiamento de proximidade que realizamos às diversas aldeias aqui do Concelho. (...)” – E2

Na subcategoria “Pandemia”, interessou-nos perceber como é que ambas as instituições funcionaram durante a pandemia e o confinamento obrigatório e conseguimos perceber que durante o confinamento obrigatório, o funcionamento das instituições foi

maioritariamente numa lógica de proximidade com a população, nomeadamente a mais idosa.

“Durante a pandemia (...) ao passarmos nas aldeias para verificar se os cidadãos estavam a cumprir com o deputado com confinamento estavam a cumprir com as várias declarações que na altura vigoravam (...)” – E2

“(...) perguntavam às pessoas idosas se necessitavam de algum apoio que lhes fossem transportados ou levados a casa medicamentos e alimentação” – E2

Com a subcategoria “Encaminhamento das Vítimas” foi nossa intenção compreender qual o encaminhamento dado a potenciais vítimas de violência contra os mais velhos, e compreendemos que esta prevenção passa por encaminhar as eventuais vítimas para as estruturas competentes, existindo assim uma rede de suporte às vítimas.

“(...) quando temos um caso de vítimas de pessoas idosas, tentamos contactar as instituições por forma a dar-lhes o apoio necessário. (...) contactamos as várias instituições que estão disponíveis para poder pronto dar o apoio necessário às vítimas.”

– E2

Após percebermos o encaminhamento das eventuais vítimas de violência, o nosso objetivo passou por perceber qual o encaminhamento dado quando existe uma denúncia efetiva de violência e percebemos que o encaminhamento legal, está delineado e bem estruturado.

“No caso de termos notícia de um crime desta natureza, portanto, comunicamos ao Ministério Público o Tribunal através de um auto notícia e depois agilizamos um inquérito delegado pelo Ministério Público. (...) É enquadrado grande parte das vezes num crime de violência doméstica também pode ser enquadrado no crime de maus- tratos.” – E2

Seguidamente, quisemos entender qual a necessidade de criação da Comissão de Apoio aos mais velhos e percebemos que os principais objetivos da Comissão passam pelo combate à exclusão e solidão dos mais velhos, mantendo-os o máximo de tempo em sua casa, criando as condições para isso, entendemos também que a perspetiva da Comissão é trabalhar com as famílias e com a rede de apoio informal, de modo a

melhorar a qualidade de vida dos mais velhos. Percebemos igualmente que a Comissão vai funcionar com uma equipa que vai ser constituída com os técnicos já existentes nas diversas instituições do Município.

“Um dos grandes objetivos e combater a exclusão e a solidão e é naquele paradigma, do antigo projeto, que depois não “teve pernas para andar” que “o melhor lar é o nosso lar”, portanto é manter o idoso o mais tempo possível na sua própria casa, mas com condições.” – E1

“(…) Então a ideia da CAPI, era mesmo esta, melhorar, trabalhar com as famílias também, trabalhar com a rede de vizinhança, portanto sempre numa melhoria da qualidade de vida...” – E1

“(…) as instituições presentes no território (...)” – E1

Por fim, percebemos que ainda existem algumas lacunas nas respostas sociais existentes no concelho, nomeadamente ao nível do atendimento e acompanhamento noturno.

“(…) são necessárias outras respostas sociais que não existem e assim de repente digolhe: centros de noite, ou melhor, serviços de apoio domiciliário noturno, que é difícil, mas pode ser um caminho, os idosos terem condições de conforto nas suas casas e terem uma pessoa ou duas que fique de noite, que passem a noite na casa do idoso, talvez seja um desafio (...) é uma necessidade e em alguns casos libertaria vagas nos lares.” – E1

Relativamente a estes resultados, podemos perceber que, apesar de o Município de Penela estar bem servido de respostas sociais de apoio aos mais velhos, estas nunca são suficientes para a procura que existe. Nesse sentido, a criação da Comissão de Proteção, viria ajudar a colmatar essas lacunas, nomeadamente ao nível da sinalização das pessoas em risco, para que depois se possa encaminhar de acordo com a avaliação das necessidades, sempre com a ideia de que a institucionalização será sempre o último recurso.

4.2. Resultados Quantitativos

A caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada através das seguintes variáveis: local de residência, idade, sexo, nacionalidade, estado civil, situação de vida, escolaridade e se tem cuidador.

Desta forma, a amostra do estudo é constituída por 50 indivíduos, dos quais 23 pertencem à União de Freguesias de S. Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal (43%), 11 à Freguesia de Podentes (22%) e 6 à Freguesia da Cumeira (12%), tal como representado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos por freguesias

Freguesias	N	N%
União de Freguesias de S. Miguel, Santa Eufémia e Rabaçal	23	46%
Cumeira	6	12%
Espinhhal	10	20%
Podentes	11	22%

A idade média dos inquiridos é de 74 anos, com idade máxima e mínima de 87 e 65 anos, respetivamente (Tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos pela variável sexo e idade

		Idade		
		Média	Máxima	Mínima
Sexo	Masculino	75	87	69
	Feminino	74	83	65
	Total	74	87	65

Considerando o total de indivíduos, 39 são do sexo feminino (78%) e 11 do sexomascullino (22%).

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos pela variáveis sexo, nacionalidade, estado civil, situação de vida e se tem cuidador

Características	n (n%)
Sexo	
Feminino	39 (78%)
Masculino	11 (22%)
Nacionalidade	
Portuguesa	50 (100%)
Outra	0 (0%)
Estado Civil	
Solteiro(a)	14 (28%)
Viúvo(a)	26 (52%)
Casado(a)	10 (20%)
Situação de Vida	

Sozinho	40 (80%)
Com outros familiares	10 (20%)
Tem cuidador 24h	
Sim	10 (20%)
Não	28 (56%)
Não tenho cuidador	12 (24%)

De acordo com as respostas fornecidas, todos os indivíduos são de nacionalidade Portuguesa (Tabela 4), 26 inquiridos são viúvos (52%), 14 são solteiros (28%) e 10 (20%) são casados.

A destacar ainda que 28 indivíduos (56%) vivem sozinhos, ainda que tenham um cuidador, 12 inquiridos vivem sozinhos, sem cuidador (24%) e os outros 10 indivíduos (20%) têm cuidador a tempo inteiro.

Relativamente ao nível de escolaridade, metade dos inquiridos (50%) possui o 1º Ciclo do Ensino Básico e 12 inquiridos (24%) não frequentaram a escola.

Tabela 6 – Distribuição dos indivíduos por ciclos de ensino

Nível de Escolaridade	N	N%
Sem Escolaridade	12	24%
1ºCEB	25	50%
2ºCEB	8	16%
3ºCEB	3	6%
Ensino Secundário	2	4%

A tabela 6 mostra alguns itens que investigam a probabilidade do inquirido estar a ser vítima de algum tipo de violência, que o investigador entendeu serem essenciais para realizar a análise da investigação.

Tabela 7 – Distribuição dos indivíduos pelos itens do questionário

	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Informação não disponível
Vestuário	32 (64%)	10 (20%)	8 (16%)	-----
Qualidade da Pele	25 (50%)	15 (30%)	10 (20%)	-----
Contusões	30 (60%)	15 (30%)	5 (10%)	-----
Golpes	32 (64%)	10 (20%)	8 (16%)	-----
Fraturas	40 (80%)	10 (20%)	-----	-----
Abusos Sexual	48 (96%)	2 (4%)	-----	-----
Contraturas	30 (60%)	10 (20%)	10 (20%)	-----
Lesões de Pressão	36 (72%)	14 (28%)	-----	-----
Desidratação	12 (24%)	30 (60%)	8 (16%)	-----
Diarreia	27 (54%)	13 (26%)	10 (20%)	-----
Depressão	10 (20%)	22 (44%)	18 (36%)	-----
Desnutrição	10 (20%)	28 (56%)	12 (24%)	-----
Pouca Higiene	15 (30%)	5 (10%)	30 (60%)	-----
Medicação Inadequada	3 (6%)	10 (20%)	37 (74%)	-----
Exploração Financeira	5 (10%)	37 (37%)	8 (16%)	-----
Abandono	22 (44%)	15 (30%)	13 (26%)	-----
Exigência de Bens	7 (14%)	32 (64%)	11 (22%)	-----

Ao olharmos para esta tabela, verificamos que ao nível da “Evidência Provável”, dos inquiridos estarem a ser vítimas de violência, temos o item de “Medicação Inadequada”, com mais de 70% dos indivíduos (74%), a seguir temos o item da “Pouca Higiene” com mais de 50% dos inquiridos (60%), depois aparece o item “Depressão” que tem 36% dos indivíduos. De ressaltar que existem três itens no qual não temos esta evidência. Relativamente à “Evidência Possível” temos vários itens que nos saltam à vista, nomeadamente “Exigência de bens”, “Desnutrição”, “Desidratação” e “Exploração Financeira”, que verificamos que têm uma maior incidência na amostra. Com “Sem Evidência” encontramos os itens “Abusos Sexuais”, que ultrapassa os 90% dos inquiridos (96%), também o item “Fraturas” verifica uma larga maioria (80%) sem qualquer evidência.

Estes resultados corroboram a necessidade da criação da Comissão de Proteção, uma vez que existe uma evidência possível muito alta em alguns itens, como por exemplo ao

nível da desidratação dos inquiridos, o que nos pode levar a pensar na possibilidade de que existe alguma negligência por parte do cuidador.

Também é importante verificarmos os itens da medicação inadequada e a pouca higiene, uma vez que existe uma evidência provável muito alta, o que nos poderá levar novamente a uma possibilidade de negligência por parte do cuidador, mas também podemos estar perante um cuidador que trabalha e por isso não consegue cuidar 24h por dia. Nesse sentido, a criação da Comissão de Proteção, torna-se imprescindível, uma vez que, juntamente com as instituições já existentes podem ajudar o cuidador a prestar um melhor cuidado ao idoso, e podem ajudar o idoso na melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com a APAV, entre os anos de 2013 a 2018, a maioria das pessoas mais velhas que foram vítimas de algum crime e violência que recorrem à entidade foram maioritariamente do sexo feminino. O nosso estudo corrobora com estes resultados, uma vez que mais de 70% da nossa amostra partilha o mesmo sexo das vítimas. A mesma Associação indica-nos que a partir dos 76 anos o risco de ser vítima de violência aumenta 10% por cada ano de idade. A nossa amostra tem uma média de idade de 74 anos, pelo que se insere neste grupo de risco (APAV, 2020).

A nossa amostra tem um nível de escolaridade baixo, como pudemos verificar, metade da nossa amostra (50%) tem o 1º Ciclo do Ensino Básico e 24% não tem qualquer nível de escolaridade. A literatura diz-nos que quanto baixo o nível de escolaridade, maior será a probabilidade do risco de vitimização. Os mesmos autores referenciam que 74,1% das vítimas de violência, viveu situações de polivitimização, o que quer dizer que sofreu vários tipos de violência. Os nossos resultados podem confirmar essa informação, uma vez que os itens estudados e apresentados abrangem os vários tipos de violência referenciados na nossa revisão da literatura (APAV, 2020).

É fundamental que numa lógica de prevenção, sejam criadas estruturas que estejam preparadas para alertar as autoridades competentes quando se suspeitem de comportamentos irregulares (APAV, 2020).

A criação de estruturas de base comunitária com competências para atuar sobre as pessoas mais velhas seria uma mais-valia para os direitos das mesmas. Estas estruturas

deverão ser compostas por uma equipa multidisciplinar, de modo a abranger várias fragilidades, agindo sempre respeitando o princípio da intervenção mínima, mas cumprindo o objetivo de prevenir e/ou atuar em situações de vulnerabilidade, tendo várias competências, entre elas pensar em medidas de acompanhamento das vítimas (APAV, 2020).

A seguir apresentamos o regulamento da proposta do Projeto da Comissão, que foi pensada pela Câmara Municipal. No entanto, esta proposta ainda não foi a reunião de Câmara para ser aprovada.

4.3. Proposta para a Comissão de Proteção das Pessoas Idosas (CAPI)

Comissão de Proteção da Pessoa Idosa de Penela (CAPI)

Regulamento

Preâmbulo

As alterações demográficas que se têm verificado na população portuguesa e que se traduzem num envelhecimento populacional colocam, às instituições, às famílias e à comunidade em geral, um novo desafio, designadamente pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa perspetiva mais preventiva e promotora de saúde e autonomia, visando uma maior qualidade de vida. Do mesmo modo, coloca -se o desafio de envolver a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal é um dos países com maior taxa de violência contra idosos. Este é um grave problema de saúde pública, apenas reconhecido como tal há cerca de 3 décadas, com prejuízos para as vítimas, famílias e sociedade. Os tipos de crimes cometidos contra idosos são múltiplos e de várias naturezas, sendo os crimes mais comuns a extorsão de dinheiro e o abuso de confiança, seguido de violência física e psicológica (dados APAV, 2015). As vítimas são maioritariamente idosos entre os 65 e os 75 anos, alvo de maus tratos praticados sobretudo pelo cônjuge, filhos e vizinhos.

Assim, no sentido de prevenir situações de isolamento, solidão, marginalização ou maus tratos, é criada a Comissão de Apoio e Proteção ao Idoso do Concelho de Penela (CAPI) que se rege pelo presente regulamento.

Capítulo I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define as condições de funcionamento da Comissão de Apoio e Proteção ao Idoso do Concelho de Penela, doravante abreviadamente designada CAPI, no sentido de salvaguardar a dignidade e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Artigo 2.º

Objetivos

1 — Constituem objetivos gerais da CAPI:

- a) Proporcionar uma melhoria na qualidade de vida à pessoa idosa;
- b) Promover e proteger os direitos da pessoa idosa;
- c) Prevenir ou responder a situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde ou bem-estar da pessoa idosa;
- d) Combater a exclusão social;
- e) Promover a manutenção da pessoa idosa na sua habitação e meio natural, em condições de dignidade, conforto e segurança.

2 — Constituem objetivos específicos da CAPI:

- a) Diagnosticar as necessidades e os recursos existentes;
- b) Sensibilizar a comunidade local e redes de vizinhança para a de proteção da pessoa idosa;
- c) Sensibilizar a população, em geral, e as famílias, em particular, para o envelhecimento com qualidade e direitos;
- d) Desenvolver ações de prevenção e de minimização das dificuldades sociais e económicas da pessoa idosa, contribuindo para a sua segurança e bem-estar;
- e) Sensibilizar para a responsabilização dos núcleos familiares pelos seus ascendentes;
- f) Criar condições que favoreçam as relações com outras pessoas, com a família e com a comunidade, potenciando a rede primária de suporte;
- g) Articular com outras parcerias já existentes;
- h) Colaborar em ações complementares de acompanhamento de casos;
- i) Prolongar a permanência da pessoa idosa no domicílio, sempre que as condições para o seu bem-estar estejam asseguradas;
- j) Proteger a pessoa idosa vítima de negligência e maus-tratos, eventualmente através da criação de um grupo de voluntariado específico que acompanhe periodicamente as situações sinalizadas.

Artigo 3.º

Destinatários

1 — A CAPI destina-se a todas as pessoas idosas, com mais de 65 anos, que sejam residentes no concelho de Penela e que se encontrem em situação de, nomeadamente,

isolamento social, solidão, marginalização ou maus tratos, que constitua, ou possa vir a constituir, uma ameaça ao seu bem-estar, segurança e dignidade.

2 – Podem ainda ser abrangidas pela CAPI outras pessoas que, embora de idade inferior a 65 anos, apresentem tipologia de risco que as equipare a pessoa idosa.

Artigo 4.º

Competência territorial

A CAPI exerce a sua competência na área do Município de Penela.

Capítulo II

Organização e Funcionamento

Artigo 5.º

Local de funcionamento

A CAPI funcionará em instalações do Município Penela.

Artigo 6.º

Composição

1. A CAPI é composta por um representante de cada uma das seguintes entidades:

- a) Município de Penela;
- b) Instituto da Segurança Social-Centro Distrital de Coimbra;
- c) Centro de Saúde de Penela;
- d) Santa Casa da Misericórdia de Penela;
- e) Cercipenela – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados;
- f) Casa de Beneficência Conselheiro Oliveira Guimarães;
- g) Cáritas Diocesana de Coimbra – Centro de Dia de Cumieira;
- h) Associação Quinta das Pontes;
- i) Um representante das Juntas de Freguesia do Concelho de Penela designado pela Assembleia Municipal de Penela;

2. Colaboram ainda com a CAPI, nas suas áreas de intervenção específica:

- a) Guarda Nacional Republicana;
- b) Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Penela
- c) Outras instituições que promovam o apoio a pessoas idosas.

Artigo 7.º

Funcionamento

- 1 – A CAPI é coordenada pelo representante do Município;
- 2 – A CAPI funciona em plenário e as suas deliberações são tomadas por maioria simples;
- 3 – A CAPI reunirá, ordinariamente, com uma periodicidade trimestral;
- 4 – A CAPI reunirá, extraordinariamente, sempre que haja alguma situação urgente que o justifique, por iniciativa do coordenador ou a requerimento fundamentado de um terço dos seus membros;
- 5 – As convocatórias, que incluem a Ordem de Trabalhos, serão enviadas, preferencialmente por e-mail, com uma antecedência de 8 dias para as reuniões ordinárias e 3 dias para as reuniões extraordinárias;
- 6 – De cada reunião será lavrada uma ata que registre, de forma sintética e clara, o sentido das deliberações tomadas, salvaguardando sempre o direito à privacidade e a proteção dos dados pessoais das pessoas idosas envolvidas.

Artigo 8.º

Tramitação processual

- 1 – Todas as sinalizações recebidas pelas instituições de primeira linha, esgotados os seus recursos/competências, são encaminhadas ao Gabinete de Ação Social do Município, em modelo próprio, que de imediato as comunica ao Coordenador da CAPI;
- 2 – O Coordenador, recebida a sinalização, promove a análise prévia da situação e, quando se justifique, promove o seu encaminhamento para o plenário, reunido ordinária ou extraordinariamente;
- 3 – Para cada situação sinalizada deverá ser organizado um processo, onde conste manifestação de consentimento para a intervenção, assim como a informação necessária e

suficiente, nomeadamente a identificação da pessoa idosa e documentos pessoais, bem como registos e evidências das ações realizadas;

4 – Para cada processo será designado um coordenador, de entre os membros da CAPI, que efetuará o acompanhamento e monitorização da pessoa idosa e das ações estabelecidas;

5 - A CAPI delibera com fundamento nas evidências, de maus tratos, isolamento ou segurança, apuradas pelas instituições de primeira linha;

6 – Se não houver fundamento para intervenção da CAPI, o caso será arquivado liminarmente;

7 – Concluindo-se pela necessidade de intervenção, a CAPI providenciará o encaminhamento para as instâncias competentes para a sua resolução;

8 – A CAPI promoverá a monitorização e avaliação das situações, podendo, nos casos de extinção do risco para a pessoa idosa, propor o encerramento do processo a qualquer momento;

Artigo 9º

Recursos

Os recursos necessários à prossecução dos objetivos da CAPI serão disponibilizados pelas entidades que a integram no respeito e cumprimento dos seus planos de ação e orçamento;

Artigo 10º

Acompanhamento e avaliação

1 – O acompanhamento e monitorização dos casos abertos é da responsabilidade da CAPI, que fará uma reavaliação da situação de três em três meses ou em período de tempo mais curto se assim se mostrar necessário;

2 – A avaliação será sustentada nas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CAPI e corporizar-se-á por um relatório anual a apresentar no mês de janeiro.

Artigo 11.º

Direito à confidencialidade

Deve ser garantido à pessoa idosa total confidencialidade relativamente à situação sinalizada, bem como à sua identificação, sendo os seus dados utilizados apenas pelos membros da CAPI e exclusivamente para os fins a que esta se propõe.

Capítulo III

Disposições Finais

Artigo 12.º

Divulgação

A CAPI deverá ser profusamente divulgada junto da população alvo e desenvolvidas campanhas de sensibilização dirigidas a toda a população do concelho.

Artigo 13.º

Alterações ao regulamento

Este Regulamento poderá sofrer, a todo o tempo, e nos termos legais, as alterações ou modificações consideradas indispensáveis.

Artigo 14.º

Dúvidas e omissões

Os casos omissos e as dúvidas resultantes da interpretação deste regulamento serão resolvidos pelo plenário da CAPI.

Artigo 16.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor após aprovação do Conselho Local de Ação Social do Concelho de Penela.

Conclusão

O acentuado crescimento mundial da população mais velha tem sido acompanhado por importantes interrogações, como sendo uma delas a violência doméstica contra esta faixa etária (Anes, Brás, Antão, & Anastácio, 2019; Silva & Dias, 2016). Os maus-tratos a pessoas mais velhas são cada vez mais manifestos na sociedade, atingindo uma dimensão social e de saúde pública (Choi & Mayer, 2000; Gaioli & Rodrigues, 2008; Ribeirinho, 2019; Schiamberg & Gans, 2000). As sociedades não podem, nem devem, ir contra os valores basilares de uma comunidade e ao se evidenciarem, cada vez mais, abusos e violência contra as pessoas mais velhas está-se a regredir nesses princípios universais e fulcrais da humanidade.

Após a análise dos resultados, podemos dizer que a criação da Comissão de Proteção de Pessoas Mais Velha do Município de Penela, é imperativa nomeadamente, na sinalização do isolamento social dos mais velhos e na prevenção da violência associada a esse isolamento social pode levar.

A nível profissional este projeto revelou-se bastante positivo, uma vez que nos permitiu aliar os conhecimentos que já possuíamos, através da licenciatura em Serviço Social, e, nomeadamente por meio do trabalho desenvolvido no terreno juntamente com algumas entidades como sendo a GNR e as técnicas da Ação Social da Câmara Municipal, o que nos permitiu perceber quais as dificuldades existentes no apoio social aos mais velhos.

Embora não seja possível propagar os resultados obtidos, estes vêm, no nosso entender, ao encontro da literatura analisada.

A nível pessoal, este projeto dotou-nos de uma maior capacidade de perceção e de compreensão dos outros.

Apesar de tudo, no decorrer do estudo fomos confrontados com alguns constrangimentos, nomeadamente no que diz respeito à disponibilidade da investigadora que, trabalhando a tempo inteiro ficou muito limitada o que fez com que o estudo se arrastasse pelo tempo. Depois, (e ainda) a Covid-19, que inicialmente nos deixou praticamente parados e que só mais tarde pudemos retomar (quase)

normalmente. Esta situação levou a sucessivos adiamentos da realização das entrevistas e também dos inquéritos à população de Penela.

É importante desconstruir mitos associados ao envelhecimento, acabando com a ideia de que a velhice está diretamente ligada à doença e encargos sociais, e é necessário instruir as pessoas mais velhas para uma participação mais ativa na sociedade, para que a sua visibilidade seja maior e mais justa (APAV, 2020).

Esperamos que este estudo, possa ajudar o município de Penela a aumentar a sua capacidade de ajuda aos mais velhos e esperamos também que não fique por aqui, uma vez que existe muito trabalho por realizar.

Tentámos escrever fielmente tudo o que observámos, no entanto, as palavras nunca são suficientes para descrevermos um estudo no qual nos envolvemos tanto.

“Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano. Se não recebe cuidado desde o nascimento até à morte, o ser humano desarticula-se debilita-se, perde o sentido e morre. Se, no curso da vida, tudo o que empreende não o faz com cuidado, acabará por prejudicar-se a si mesmo por destruir tudo o que exista em seu redor. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência do ser humano(..)” Boff (2011).

Referências

- Anastácio, Z., Anes, E., Antão, C., & Brás, M. (2019). Violência e maus-tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *INFAD – Revista de Psicologia*, 1(4), 363-368.
- Andrade, C. (2015). *Os Maus-Tratos em Idosos – Artigo de Revisão*. [Tese de mestrado não publicada] Universidade de Coimbra.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual tónico – Apoio a pessoas idosas vítimas de crime e violência*. APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2020). *Recomendações Portugal mais velho*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barboza, V., & Wisniewski (2017). A Psicopedagogia e a Aprendizagem em idosos. *Revista Perspetiva*. 41(156) 29-38.
- Boff, L. (2011). *Ética e moral: A busca de fundamentos*. Vozes.
- Câmara Municipal de Penela (2011). *A Carta Social* <http://cm-penela.pt/uploads/fe53fa0b16f4bc7e2b521465d438b1fa.pdf>
- Choi, N., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5-25.
- Cannolly, M. (2010). Where elder abuse and the justice system collide: Police power, parens patriae, and 12 recommendations. *Journal of Elder Abuse e Neglect*, 22 (1-2), 37- 93.
- Conrad, K., Iris, M., Ridings, J., Fairman, K., Rosen, A., & Wilber, K. (2011). Conceptual model and map of financial exploitation of older adults. *Journal of Elder Abuse e Neglect*, 23 (4), 304-325.
- Coração Amarelo. (2000). *Coração Amarelo – Instituição Particular de Solidariedade Social* <https://coracaoamarelo.pt/coracao-amarelo/quem-somos>
- Costa, D., & Paulino, M. (2019). *Maus-tratos a pessoas idosas*. Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Costa, D., & Santiago, R. (2019). Estratégias de prevenção e intervenção em situações de violência. In D. Costa. & M. Paulino (Eds.) *Maus-tratos a pessoas idosas*. (pp.171 - 187). Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2015*. República Portuguesa.
- Dyer, C., Cannolly, M., & McFeeley, P. (2003). *The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect*. National Academies Press.
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In GEECD – Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. Escalas e Testes na Demência (3ªed.). (pp. 171-175). Novartis.
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento Ativo e sua relação com a independência funcional. *Contexto Enfermagem*, 21 (3), 513-518.
- Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 4-5.

Gaioli, C., & Rodrigues, R. (2008). Occurrence of domestic elder abuse. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 16(3), 465-470.

Instituto da Segurança Social. (2019). *Linha Nacional de Emergência Social*<https://www.seq-social.pt/documents/10152/729656/LINHA+NACIONAL+DE+EMERG%C3%80ANCIA+SOCIAL+-+144+LNE/597f3fad-9e5a-46ac-991d-9d375fb4610e>

Instituto Nacional de Estatística. (2021) *índice de Envelhecimento*https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0

James, B., Boyle, P., & Bennett, D. (2014). Correlates of susceptibility to scams in older adults without dementia. *Journal of Elder Abuse e Neglect*, 26(2), 107-122.

Jesso, D., & Tutty, L. (2005). *Evaluation of Training to Address Family violence and the older adult – Final Report*. University of Calgary.

Joshi, S., & Flaherty, J. (2005). Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in Geriatric Medicine*. 21 (2), 333-354.

McDonald, L., & Collins, A. (2000). *Abuse and neglect of older adults: A discussion paper*. Government of Canada Publications.

Mysyuk, Y., Westendorp, R., & Lindenberg, J. (2013). *Added value of elder abuse definitions: A reviews*. Ageing Research Reviews. 12(1), 50-57.

Nações Unidas | Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. (2002). *Envelhecimento* <https://unric.org/pt/envelhecimento/>.

National Center on Elder Abuse (2015). *A response to the abuse of vulnerable adults: The 2000 survey of state adult protective services*.

Neremberg, L. (2006). Communities respond to elder abuse. *Journal of Gerontologist Social Work*, 46 (3-4), 5-33.

Organização Mundial de Saúde (2002a). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Publicações OMS.

Organização Mundial de Saúde (2002b). *Missing voices – Views of older person on elder abuse*. Publicações OMS.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência*. Publicações OMS.

Organização Mundial de Saúde (2017). *Elder abuse. Fact sheet*. Publicações OMS.

Payne, M. (2002). The Politics of Systems Theory within social work. *Journal of Social Work*, 2(3), 269 - 292.

Payne, B., & Strasser, S. (2012). Financial exploitation of older persons in adult care settings: Comparisons to physical abuse and the justice system's response. *Journal of Elder Abuse e Neglect*, 50(60), 758 – 773

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies. *The Gerontologist* 56(2), 194-205.

Pimentel, H., & Silva, M. (2012). Inclusão Social dos Idosos. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. (pp. 215 - 221) PsicoSoma.

Polícia de Segurança Pública. (2012). *A Solidariedade não tem idade – A PSP com os idosos*.
https://www.psp.pt/Pages/atividades/Solidariedade_idosos.ASPX

Pordata. (2022). *Censos 2021: Resultados em Portugal e por Concelho*.
<https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-penela-499>

Quinn, M. (2002). Undue influence and elder abuse: Recognition and intervention strategies. *Geriatric Nursing Journal*, 23 (1), 11-6.

Ribeirinho, C. (2019). Violência contra pessoas idosas em contexto institucional: (Re)conhecimento e intervenção. In M. Paulino & D. Costa (eds.), *Maus-Tratos a Pessoas Idosas* (pp. 119-142). Pactor.

Ribeiro, P., Neri, A., Cupertino, A., & Yassuda, M. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo o gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 4 (3), 501-509.

Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Schiamberg, L., & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life, *Aging and Human Development*, 50(4), 329-359.

Stiegel, L. (2008). *Durable power of attorney abuse: it's a crime too*. American Bar Association.

Stiegel L., & Klemm E. (2008). *Power of attorney abuse: What states can do about it*. AARP Public Policy Institute.

ANEXOS

Anexo I– Guião da Entrevista

Mestrado em Gerontologia Social Projeto de Investigação – Penela 202

Bloco	Objetivos	Questões
Bloco A Legitimação da Entrevista	• Apresentação • Dar a conhecer os objetivos do trabalho e da entrevista • Pedir autorização para gravar a entrevista • Garantir o anonimato do entrevistado, se necessário	✓ Bom dia! O meu nome é Rita Janeiro e sou aluna da ESEC. Esta entrevista surge no âmbito do meu projeto de modo a perceber a necessidade da criação da Comissão de Apoio a Pessoas Idosas. ✓ Permite-nos a realização desta entrevista e a gravação da mesma? ✓ Podemos identificá-lo(a) ou prefere o anonimato?
Bloco B Apresentação do Entrevistado e funcionamento do Departamento de Ação Social	• Perceber qual o cargo que ocupa dentro do Departamento de Ação Social • Compreender como funciona o DAS e quais as suas atividades	✓ Qual o cargo que ocupa dentro do DAS? ✓ Como é que funciona o DAS? Qual a sua equipa? ✓ Quais os projetos/atividades que realizam de modo a prevenir a solidão e o isolamento dos mais idosos? ✓ Como é que durante os confinamentos e as alturas mais críticas da pandemia, ultrapassaram o isolamento e possível solidão dos mais idosos? Quais as estratégias que adotaram?
Bloco C A Comissão de Apoio à Pessoa Idosa	• Perceber em que sentido a criação da CAPI, vai ser uma mais-valia para o concelho • Compreender qual a sua constituição, objetivos e equipa	✓ Em que sentido a criação da CAPI, vai ajudar os mais idosos do concelho? ✓ Quais vão ser os objetivos? E em que circunstâncias vão atuar? ✓ Qual será a equipa que vai constituir a CAPI?
Bloco D Finalização da Entrevista	• Considerações finais • Agradecimentos	✓ Deseja acrescentar alguma informação que pensa ser útil e pertinente? ✓ Agradecemos toda a disponibilidade, até à próxima.

Anexo II – Guião da Entrevista

Mestrado em Gerontologia Social Projeto de Investigação – Penela 2021

Bloco	Objetivos	Questões
Bloco A Legitimação da Entrevista	• Apresentação • Dar a conhecer os objetivos do trabalho e da entrevista • Pedir autorização para gravar a entrevista • Garantir o anonimato do entrevistado, se necessário	✓ Bom dia! O meu nome é Rita Janeiro e sou aluna da ESEC. Esta entrevista surge no âmbito do meu projeto de modo a perceber a necessidade da criação da Comissão de Apoio a Pessoas Idosas. ✓ Permite-nos a realização desta entrevista e a gravação da mesma? ✓ Podemos identificá-lo(a) ou prefere o anonimato?
Bloco B Apresentação do Entrevistado e Funcionamento do Posto da GNR	• Perceber qual o cargo que ocupa no posto da GNR (caso não tenhamos essa informação) • Compreender qual o funcionamento do Posto da GNR relativamente às pessoas idosas.	✓ Qual o cargo que ocupa dentro do Posto? ✓ Qual a equipa que existe no Posto? ✓ Realizam algumas atividades/projetos, de modo a prevenir a solidão e o isolamento dos mais idosos? Quais são eles? ✓ E durante a pandemia, nos confinamentos como é que a GNR atuou no combate a esse isolamento e na prevenção da solidão?
Bloco C Maus-tratos aos Idosos	• Perceber quais as estratégias na prevenção dos maus-tratos contra os idosos. • Compreender como é que os maus-tratos contra os idosos são tratados.	✓ Em que sentido o posto da GNR de Penela, está ao lado dos idosos no combate aos maus-tratos? ✓ Quais são as estratégias que existem, na estrutura da GNR em geral e no posto de Penela em particular, para a prevenção dos maus-tratos contra as pessoas mais idosos. ✓ Quando se deparam com

		um caso (ou uma denúncia ou suspeita) como atuam? A violência contra os idosos é “tratada” como violência doméstica? Ou existem outras diretrizes?
Bloco D Finalização da Entrevista	• Considerações finais • Agradecimentos	✓ Deseja acrescentar alguma informação que pensa ser útil e pertinente? ✓ Agradecemos toda a disponibilidade, até à próxima.

Anexo III – Consentimento Informado

Ana Rita Janeiro, aluna, a desenvolver o projeto de investigação, sobre “Os maus-tratos nas pessoas idosas”, no âmbito do curso de Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Coimbra, vem solicitar a autorização para a sua participação no projeto acima referido.

Declaro que fui informado(a) e compreendi os objetivos e intervenções ao projeto de investigação sobre “Os maus-tratos nas pessoas idosas”.

Data:

Assinatura do Participante:

Assinatura da Aluna:

Anexo IV - Solicitação de preenchimento de dados relativos ao estudo de investigação

GNR_CDF <cdf@gnr.pt>

Qua, 25/05/2022 17:21

Para:<rita_janeiro4@hotmail.com>Cc: GNR_CDF_DF_DE <cdf.df.de@gnr.pt>

3 anexos (737 KB)

01_Dados relativos ao estudo_ANEXO A.DOC; 02_Dados de identificação e Declaração Confid_ANEXO B.DOC; 03_Termo Compromisso_ANEXO C.DOC;

S/ Referência	Processo	Data	N/ Referência	Processo
---	---	---	S055506/2022/CDF/GAB	080.30.04

Exma. Sra. **Rita Janeiro**,

Relativamente ao assunto em epígrafe, encarrega-me o Exmo. Comandante do Comando da Doutrina e Formação, Major-General João Manuel de Sousa Meneses Ormonde Mendes, de acusar a receção da sua solicitação, a qual muito nos apraz.

No sentido de encaminhar devidamente o pedido em apreço, solicita-se o preenchimento dos documentos em anexo que após datados e assinados, devem ser remetidospor correio eletrónico para cdf@gnr.pt, ao cuidado do Exmo. Comandante do Comando da Doutrina e Formação da GNR.

Mais me encarrega de transmitir que após a conclusão do trabalho, deverá remeter uma cópia em suporte digital (não editável) da versão final do estudo de investigação.De acordo com os normativos internos estabelecidos, será facultada uma resposta no prazo limite de dois meses.

Apresento-lhe os melhores cumprimentos ficando, este Comando, ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Pedro Miguel Pinto Reis
Tenente-Coronel



