

VANESSA MARIA JORGE PACHECO

*A VOZ (E AVÔS) PARA TODOS, O Carinho Mora ao
Lado*

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO ISOLAMENTO
E MAUS TRATOS NOS IDOSOS**

Orientador: Carlos Alberto Poiares

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

VANESSA MARIA JORGE PACHECO

A VOZ (E AVÔS) PARA TODOS, O Carinho Mora ao Lado

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO ISOLAMENTO
E MAUS TRATOS NOS IDOSOS**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia no dia 14 de Dezembro 2016 com o Despacho de Nomeação de Júri nº 365/2016 com a seguinte composição:

Presidente-Professor Doutor José Brites

Arguente-Professor Doutor João Pedro Oliveira

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Poiares

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Se meu andar é hesitante
e minhas mãos trêmulas, ampare-me.
Se minha audição não é boa, e tenho de me
esforçar para ouvir o que você
está dizendo, procure entender-me.
Se minha visão é imperfeita
e o meu entendimento escasso,
ajude-me com paciência.
Se minha mão treme e derrubo comida
na mesa ou no chão, por favor,
não se irrite, tentei fazer o que pude.
Se você me encontrar na rua,
não faça de conta que não me viu.
Pare para conversar comigo. Sinto-me só.
Se você, na sua sensibilidade,
me ver triste e só, simplesmente partilhe comigo um sorriso
e seja solidário.
Se lhe contei pela terceira vez a mesma história num só dia,
não me repreenda, simplesmente ouça-me.
Se me comporto como criança, cerque-me de carinho.
Se estou doente e sendo um peso, não me abandone.
Se estou com medo da morte e tento negá-la,
por favor, ajude-me na preparação para o adeus.

(Autor Desconhecido,

<http://valorizandoidosos.blogspot.pt/2011/05/poema-do-idoso.html>)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Carlos Alberto Poiares pela sabedoria, orientação, paciência, encorajamento e amizade demonstrados ao longo deste percurso.

Aos meus amigos Vânia Alves e Filipe Garrido pelo apoio, disponibilidade e pelas horas despendidas para me ajudarem a realizar este trabalho.

À minha amiga Ana Miguel que me acompanhou nestes anos de curso e fora dele.

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos por estarem sempre a meu lado.

À minha família e restantes amigos pelo carinho e força que me dão em tudo.

A todos os que sempre me incentivaram neste percurso, tão longo.

E, como os últimos são sempre os primeiros, aos meus pais por tudo!

Um enorme obrigado a todos!

Este trabalho também é vosso...

Resumo

O envelhecimento da população mundial é uma questão há muito discutida e investigada. Inúmeros fatores contribuem para este acontecimento, como o melhoramento das condições de saúde e a evolução científica da Medicina, assim como os baixos níveis de natalidade que se verificam. Sendo um fenómeno sem precedentes, torna-se essencial criar estruturas de apoio ao nível social e da saúde, que permitam aos idosos manter a sua autonomia, independência e uma vida ativa o maior tempo possível. Muitos destes idosos acabam por ficar sozinhos por vicissitudes da vida: com a reforma, os laços laborais perdem-se, os filhos mudam-se para longe sendo as suas visitas são escassas ou inexistentes, ficam viúvos/as, entre outros. Nestas situações o sentimento de solidão aumenta, bem como a vulnerabilidade a abusos e violência por parte de outros. Neste âmbito, este trabalho apresenta um programa para idosos autónomos e que se encontrem sozinhos, de forma a diminuir o sentimento de solidão, reduzir a vulnerabilidade e a violência, reforçar o sentimento de pertença à comunidade e aumentar o seu bem-estar, melhorando, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: idosos, envelhecimento, isolamento, maus tratos, programa de prevenção.

Abstract

The aging of the world population is now a long debated and investigated issue. Several factors contribute to this fact, such as the improvements on conditions and health services around the world, the scientific technology evolution of medicine, as well as low birth rates. As an unprecedented phenomenon, it is essential to create support for the social and health structures, enabling the elderly to maintain their autonomy, independence and an active life as long as possible. A considerable fringe of senior citizens end up in solitude due to the vicissitudes of modern life: with retirement, labor ties are lost, offspring moves away and their visits are scarce or non-existent, some become widowers, among other reasons. In these situations the feeling of loneliness increases dramatically, as well as vulnerability to abuse and violence by others. In this context, this paper presents a program for autonomous elderly and who are alone, in order to reduce the feeling of loneliness, reduce vulnerability and violence, strengthen the sense of belonging to the community and increase their well-being, improving, consequently, their quality of life.

Key-words: *elderly, aging, isolation, mistreatment, prevention program.*

Índice Geral

Introdução.....	6
Parte A – Fundamentação e Legitimação.....	10
Fundamentação.....	11
Legitimação.....	71
Parte B – Metodologia e Cartografia do Programa.....	77
Metodologia.....	78
Cartografia do Programa.....	80
Conclusão.....	87
Referências Bibliográficas.....	89
APÊNDICES.....	I
Apêndice 1.....	II

Introdução

Na sociedade atual, o envelhecimento da população é uma das transformações sociais mais importantes e um fenómeno irreversível das sociedades modernas, tendo proporcionado que os idosos se tenham convertido num grupo social que despoleta interesse individual e coletivo, de forma crescente, devido às implicações a nível social, familiar, político e económico (Osório & Pinto, 2007).

Torna-se então impreterível refletir sobre os impactos do envelhecimento demográfico das populações e sobre as profundas mudanças que daí têm vindo a decorrer nas sociedades industriais modernas.

Através de uma formulação mais rigorosa e objetiva dos problemas do envelhecimento e de uma análise completa da diversidade das realidades sociais, podem ser definidas políticas de velhice que poderão alavancar as correções necessárias para que as gerações de idosos futuras possam vir a viver melhor do que as que as antecederam (Fernandes, 2001).

O estereótipo acerca das pessoas idosas coloca-as numa categoria de indivíduos cujas características, relativamente homogéneas, são geralmente doença, pobreza, isolamento, solidão e, até, exclusão social. Nesta visão comum, os idosos são considerados indivíduos isolados e não é considerada a dimensão familiar da identidade, da existência. Esta lógica assenta na perceção de que a pessoa idosa, enquanto agente social, se encontra afastada dos laços sociais associados à instituição familiar a que pertence e das relações tradicionais de amizade e de vizinhança. Esta avaliação provém da posição que os agentes sociais ocupam relativamente às situações problemáticas de doença, solidão, isolamento e carências afetivas e materiais, e assume uma tal visibilidade social que adquire as condições para se apresentar como questão específica e dominante da categoria dos indivíduos denominados “idosos” (Fernandes, 2001).

Outras situações existem em que apenas e somente a idade de uma pessoa é o suficiente para que existam comportamentos e atitudes negativas sobre esta. O termo idadismo (em inglês, *ageism*) representa este tipo de comportamentos e surgiu em 1969, com o psicólogo americano Butler.

Com efeito,

“Em termos gerais, o idadismo refere-se às atitudes e práticas negativas generalizadas em relação a indivíduos baseadas somente numa característica –

a sua idade. [...] A tradução do termo *ageism* para *idadismo* tem sentido porque podemos pensar em manifestações idadistas contra diferentes grupos etários (e não só contra as pessoas idosas como poderíamos ser levados a pensar). [...] A este tipo especial de idadismo alguns autores têm chamado, por vezes, *gerontismo*.” (Marques, 2011, p. 18)

Outro problema associado ao aumento da esperança de vida é o facto de, não raras vezes, os filhos e outros familiares diretos dos idosos serem também idosos e, frequentemente, estes já precisarem de apoio e não estarem em condições para cuidar de outras pessoas (Hespanha, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento do número de idosos pode agudizar situações de violência, principalmente relacionadas com a rutura de laços tradicionais entre gerações e com o enfraquecimento dos sistemas de proteção social. Neste sentido, e em conformidade com dados da OMS, somente 30% dos idosos em todo o mundo recebem pensões de reforma ou subsídios de velhice e invalidez, tornando muito precárias as suas condições de vida e expondo-os a um acrescido risco de violência, que tanto pode ser praticada em ambiente familiar como institucional ou social (Hespanha, 2009).

A família tradicionalmente é considerada, de um prisma unidimensional, como um refúgio, uma estrutura social básica da qual recebemos quase tudo, desde apoio moral, educação, estímulos e limites, valores e até apoio material. Seria o único ambiente onde deveria existir uma perfeita harmonia e uma ideal convivência entre pais, filhos e avós e onde existe e se desenvolve realmente a solidariedade intergeracional. Não obstante, nem sempre as famílias são um refúgio seguro e idílico, mas podem ser o cenário de desigualdades, abusos e violência (Gracia Ibáñez, 2012).

A violência na família pode ter diferentes formas e ser mais ou menos explícita, podendo ir desde a apropriação dos bens do idoso, contra a sua vontade, à desresponsabilização dos familiares pelos cuidados de sobrevivência do idoso ou pela inversão de papéis, passando o idoso a ser “comandado” por uma geração mais nova.

Segundo autores como Nerenberg (2008, cit. Gracia Ibáñez, 2012), no campo concreto da violência familiar em pessoas idosas, é emergente a necessidade de desenvolver investigações centradas na prática, resultantes de um trabalho conjunto entre investigadores e profissionais.

As oportunidades e resultados deste intercâmbio entre profissionais e investigadores, com o intuito de explorar necessidades não satisfeitas, têm sido escassos. Torna-se urgente e

necessário dirigir a discussão para a partilha de observações, gerar hipóteses, identificar eventuais fontes de dados e avançar de forma a superar barreiras e inconvenientes (Gracia Ibáñez, 2012).

Nas instituições, devido à impessoalidade dos cuidados, a um regime disciplinar rígido e apertado e a um maior distanciamento afetivo, a violência torna-se mais evidente. A sociedade, geralmente tolerante com o abandono, falta de respeito e degradação da condição social dos idosos, contribui para uma cultura de violência contra os que não se enquadram nos novos padrões sociais de dinheiro, consumo e beleza.

Segundo Hespanha (2009), a violência simbólica e a marginalização a que os idosos estão sujeitos resultam de processos complexos e nem sempre visíveis.

O caso mais grave de discriminação contra os idosos é o abuso. Segundo os registos estatísticos da Polícia de Segurança Pública, a violência contra pessoas com mais de 64 anos triplicaram entre 2002 e 2007, de mais de 8 mil casos para quase 25 mil. Nas estatísticas fornecidas pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), também se verifica um aumento no número de denúncias relativas a crimes contra pessoas idosas.

Contudo, estes dados podem não implicar um aumento real do número de pessoas idosas abusadas, antes revelando uma maior consciencialização das vítimas e das pessoas que as rodeiam (Marques, 2011).

Num documento fornecido pela APAV, destacam-se as seguintes formas de abuso: violência física (ações levadas a cabo com intenção de infligir dor ou ferimentos físicos numa pessoa idosa ou de a privar de uma necessidade básica); violência psicológica/emocional (todas as ações com intuito de causar na pessoa idosa dor emocional, tormento ou angústia); abuso sexual (todas as formas de contacto e atos sexuais não consentidos); violência económica (todas as ações através das quais dinheiro ou propriedades sejam retiradas ilegalmente e/ou bens da pessoa idosa sejam utilizados indevidamente); e negligência e abandono (falha ou recusa daqueles que estão responsáveis para prover as necessidades de uma pessoa idosa em situação de dependência e vulnerabilidade, sejam elas alojamento, comida, cuidados de saúde, proteção e apoio emocional).

Estatísticas da APAV indicam que o abuso físico e emocional são as formas mais frequentes de abuso em relação às pessoas idosas no nosso país.

No sentido de colmatar estas situações de violência, deve focar-se a atenção para as condições e os contextos em que estas têm origem e assumir a defesa dos idosos, com base numa sociedade de solidariedade intergeracional consciente e sem reservas.

Para isso, importa criar políticas de prevenção, proteção e intervenção, que possam ser colocadas em prática pela comunidade. Integrar os idosos na sua comunidade e contribuir para que esta se envolva nas problemáticas deste grupo, promovendo a intergeracionalidade e uma maior consciência da importância e das dificuldades destes indivíduos na sociedade parecem ser o caminho correto a seguir.

Uma vez que a população idosa tende a aumentar e constitui uma grande parte da população mundial, e tendo esta população tantas vulnerabilidades, é urgente criar políticas e desenvolver ações no sentido de proporcionar uma maior integração desta população na comunidade, aumentando a sua autonomia e criando uma cidadania plena.

Com o presente trabalho propomo-nos a realizar um levantamento de todas ou das mais frequentes formas de violência contra os idosos na nossa sociedade e, a partir daí, formular estratégias de prevenção e intervenção a serem aplicadas na comunidade, para minimizar ou eliminar esta problemática.

PARTE A – Fundamentação e Legitimação

Fundamentação

O envelhecimento da população, decorrente do aumento da esperança média de vida e do forte declínio da taxa de natalidade, tem servido de impulsionador às sociedades europeias, onde se regista uma maior percentagem de idosos, para implementar políticas sociais no sentido de garantir o bem-estar da população idosa. No entanto, tais políticas, sejam elas no âmbito da saúde, da prestação de cuidados ou do emprego, têm vindo a contribuir para a definição da pessoa idosa como uma categoria social e economicamente dependente. As políticas contra o desemprego, ao anteciparem a idade da reforma, contribuíram para que mais adultos em idade ativa fossem colocados muito próximo da idade social da velhice, definida praticamente nos dias de hoje pela reforma. (Dias, 2005).

A reforma significa o término da vida profissional a tempo inteiro (Fonseca, 2011) e embora de uma forma menos evidente que no passado, a reforma continua a ser uma condição tradicionalmente relacionada com a velhice, com consequências mais vastas do que somente o afastamento da vida profissional. Existem situações muito diversificadas quanto ao momento de entrada na reforma, existindo indivíduos que se reformam por volta dos 65 anos, os que o fazem mais cedo (muito antes dessa idade), os que se reformam por não terem condições físicas para trabalhar, e há ainda os que se vão reformando aos poucos e que não se reformam numa altura exata. Para aqueles cujo trabalho constitui uma das principais razões ou mesmo a principal razão de vida, uma reforma antecipada pode ser algo assustador, emergindo inevitavelmente a ideia de reforma relacionada à ideia de velhice, de inutilidade, de perda de sentido da vida e de morte próxima (Fonseca, 2012).

Sendo um acontecimento de vida significativo para o indivíduo, a reforma representa, nas sociedades industrializadas, um aspeto estrutural do curso de vida humana. As principais ideias que surgem frequentemente ligadas à noção de reforma são: a ausência de emprego a ‘tempo inteiro’, rendimento económico proveniente da segurança social e/ou de outras pensões, e identificação pessoal com o papel de ‘reformado’ (Fonseca, 2011).

Na sociedade contemporânea, privilegiam-se apenas os indivíduos ativos, uma vez que, sendo esta uma sociedade de consumo regida por valores materiais, são estes que participam na rentabilização da produção. Em consequência disso, “O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos.” Não é difícil concluir que, nestas circunstâncias, o idoso

tenda a isolar-se e esse isolamento provoque uma situação de maior dependência e exclusão. (Martins, 2006).

Como o modelo dominante na cultura ocidental é o de desenvolvimento, assente no produtivismo e no crescimento económico, torna-se redutora a visão sobre o homem e a sociedade, que se apresenta dividida pelo mercado de trabalho entre membros ativos e inativos.

“Neste cenário, o que nos é permitido observar, é que tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós, nos últimos anos, como uma patologia” (Martins, 2006, p 126).

É praticado o culto da juventude como a única etapa valiosa da vida e a velhice e o envelhecimento são contemplados como a progressiva perda de qualquer impulso vital, até à perda completa de atividade em todos os campos da vida. A chegada da velhice, antes da morte física real, traduz-se numa espécie de morte civil. A velhice é vista pela sociedade como uma situação indesejável que, face a sua inevitabilidade, sente a necessidade de combatê-la, mascarar-la e dissimular-la. Para além de uma situação indesejável, a velhice é considerada como uma fase vital má. (Gracia Ibáñez, 2012).

Importa proceder à distinção entre velhice e envelhecimento, segundo a Psicologia, na dimensão psicogerontológica. A velhice é um complexo conjunto de características que afetam as diversas esferas da vida pessoal (saúde, competências, economia, entre outros) e que configuram uma experiência vital específica, resultante do passar dos anos (Corraliza Rodríguez, 2000, cit. Gracia Ibáñez, 2012). Já o envelhecimento é um processo dinâmico evolutivo e de grande diversidade, multivariável e multifuncional que, enquanto decorre vai resultando em efeitos encadeados e acumulativos, em alguns casos, e efeitos compensatórios em outros (Algado Ferrer, 1997, cit. Gracia Ibáñez, 2012). Desta forma, a velhice e o envelhecimento são conceitos distintos, em que a velhice (resultado) será a consequência do envelhecimento (processo).

“O envelhecimento é o conjunto de processos, (...), que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento não é sinónimo de velhice. Este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos.” (Fontaine, 2000, p. XIV).

O estatuto de velhice é concedido ao idoso pela sociedade, consoante as suas possibilidades e interesses, e não por autodeterminação. O estado sociocultural de

determinadas sociedades e épocas define representações legitimadoras das formas de tratamento dos idosos e da própria definição da velhice. Durante muito tempo, acreditou-se que nas sociedades ditas tradicionais, a velhice era valorizada e reconhecida, coexistindo os idosos numa família extensa com várias gerações. Pelo reverso, apesar de nestas sociedades a velhice poder significar uma fonte de poder e valorização, também significava inutilidade e impotência.

“Não raras vezes, os idosos eram abandonados ou até mortos de forma mais ou menos cerimonial. O mau trato dos idosos e o seu isolamento social não é, portanto, um fenómeno exclusivo das sociedades industrializadas” (Dias, 2005, p 251).

Atualmente permanece a duplicidade de perspetivas relativamente a velhice. Consoante somos classificados de jovens, ativos ou idosos é esperado de nós uma participação social diversa e o valor social que cada um de nós tem resulta, não das capacidades reais de cada indivíduo, mas sim da nossa idade, em que os mais velhos são sempre menos interessantes que os mais jovens. Numa sociedade em que se valoriza a generalização do conhecimento, fundamental para o dinamismo económico e social, também constituído pela sabedoria e experiência que se adquire com a idade, os mais velhos constituem um potencial humano decisivo e uma mais-valia para o sucesso-coletivo (Rosa, 2012). No entanto, a sociedade continua a ter um papel de pouco investimento e proteção perante estes, que se verifica na inexistência de planos globais e integrados para a terceira idade e na perpetuação de uma série de mitos e ideias pré-estabelecidas, como a visão de que o idoso é apenas como um adulto mais velho que não trabalha e que tem que permanecer em casa a espera da morte e, cuja única solução é a criação de mais lares (Ferreira, Vieira e Firmino, 2006).

Na Grécia Antiga, a velhice era pouco valorizada, sendo encarada como triste e ridícula. Na época romana existiram dois períodos, um favorável, alimentado pela ideologia “Pater Familias”, e outro em que era rejeitada.

Só no século XVIII, a velhice começa a ser encarada positivamente e se reconhecem os idosos como pessoas completas, após um período em que só a juventude interessava, que durou desde o Renascimento até ao século XVII. A reabilitação da velhice prosseguiu até à época das Luzes, em que começou a ser produzida legislação no sentido de colmatar as necessidades dos idosos, principalmente dos mais desprotegidos.

No século XIX, a velhice era vista como uma doença social e, no sentido de reincorporar os idosos na sociedade, foram criadas novas instituições, como asilos e hospitais. O isolamento passou então a ser institucionalizado.

No início do século XX, retomou-se a ideia desvalorizadora da velhice, reflexo da imagem de improdutividade que lhe era associada. Até aos anos 80, possivelmente protagonizado pela modernização, onde predomina a industrialização, o progresso científico e tecnológico, assistiu-se ao declínio relativo dos idosos e à criação de um estatuto social de dependência na idade avançada. Os discursos e as ideias até essa época destacavam o isolamento social, a solidão, as situações de pobreza, a doença e a dependência em que se encontravam os idosos nas nossas sociedades.

No sentido de contrariar esta visão reducionista da velhice, assiste-se ao aparecimento de associações e movimentos políticos de defesa e promoção dos direitos da pessoa idosa, defendendo que, o que afeta sobretudo as condições da pessoa idosa não são tanto os efeitos da idade cronológica, mas a estrutura socioeconómica que as priva de estatuto, poder e controlo das suas próprias vidas. Estes movimentos trabalham no sentido de melhorar as condições gerais de vida dos idosos e preconizam que qualquer intervenção neste sentido deve ser política e socialmente integrada. “ Há que desafiar os idosos para novas aventuras (e.g., formação/ensino, tempo livre útil, voluntariado) e evitar que percam o vínculo a uma vida social, cultural e politicamente ativa” (Dias, 2005, p 252).

Embora a problemática do envelhecimento seja um assunto recente de preocupação por parte de cientistas e políticos, não pode ser considerado uma novidade histórica.

Desde sempre, o envelhecimento foi motivo de reflexão dos homens, na sua perplexidade perante o sofrimento e a morte e na sua aspiração ao eterno. Ao longo dos tempos, as atitudes perante os idosos e o próprio conceito de envelhecimento têm vindo a mudar e refletem, tanto o aumento do nível de conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia humanas, como as relações sociais e a cultura das várias épocas. (Paúl, 2005).

Já na Antiguidade Clássica, Cícero abordou a questão da velhice no seu tratado “Catão-o-Antigo ou Acerca da Velhice”, escrito nos princípios do ano 44 a.C.

Sob a forma de diálogo, nele intervêm três interlocutores: Catão-o-Antigo, Cipião e o “Sábio”. Catão, sendo o mais velho dos três, assume o papel de defensor da velhice, contra as razões invocadas nessa época e que se mantêm atuais nos nossos dias: porque esta priva o homem de quase todos os prazeres, porque o debilita fisicamente, porque o afasta da atividade política e social e pela eminência da morte. No seu discurso de defesa, Catão utiliza

argumentos de caráter geral, enfatizando que a atividade intelectual é superior à física, que a prudência e a experiência da idade são uma mais-valia e têm enorme vantagem sobre a imprudência da juventude, e que a diminuição de energia e debilidade corporal não são somente consequência do envelhecimento, mas dos desequilíbrios e doenças ocorridos na juventude. Destaca a complacência e o respeito, a autoridade e o prestígio como privilégios da velhice perante a juventude e defende as ocupações agrícolas como fonte de energia e saúde.

Vários estudiosos do envelhecimento chegaram a conclusões similares acerca de um envelhecimento com qualidade: Hipócrates (460-377 a.C.) defendia que, para um envelhecimento bem-sucedido, os fatores mais importantes eram uma alimentação moderada e exercício físico; também Cornato (1470-1566) recomendava moderação na alimentação e nas emoções como chave para a saúde e longevidade; da mesma forma, Bacon (1562-1626), procurava o elixir da longa vida através de uma vida regrada em alimentação, exercício e emoções; e Eduardo Madeira Arrais (1500-1600), médico de D. João IV, na sua obra “Árvore da Vida”, partilha igualmente este tipo de conselhos.

De senectute (44 a. C.), de Cícero, foi provavelmente o primeiro ensaio acerca do envelhecimento bem-sucedido. A velhice é aí apresentada com uma etapa que pode proporcionar diversas oportunidades de crescimento individual, caracterizando-se como um fenómeno muito variável de indivíduo para indivíduo.

Em consonância com este ensaio, apresentam-se as perspetivas otimistas da velhice, que não aceitam que esta seja vista como uma categoria social uniforme, como se tratasse de um grupo homogéneo de pessoas, em que todas partilham uma diminuição de capacidades vitais e de recursos socioeconómicos.

Embora o tema do envelhecimento pareça ser mais rico em factos do que em teorias e a sua pesquisa tenha o maior enfoque na resolução de problemas concretos, existem diversas correntes explicativas do envelhecimento.

Assim, Fernandez-Ballesteros (2004) destaca a teoria da desvinculação, desenvolvida nos anos 60. Ao longo do processo de envelhecimento, o indivíduo vai-se desvinculando da sociedade, desinvestindo ou afastando-se dos papéis sociais que antes representava, envolvendo-se menos social e emocionalmente e focando-se mais no Eu. Esta teoria teve uma forte importância nas atuais representações sobre a velhice.

A teoria da sub-cultura defende que os idosos possuem as características de qualquer grupo isolado, ou seja, uma cultura própria que leva ao isolamento.

A teoria da modernização afirma que os idosos alteram os seus papéis e estatuto social consoante o grau de industrialização da sociedade. Neste sentido, tendo em conta a modernização e o abandono da tradição, dos quais resulta uma nova organização social, os idosos perderam estatuto social para outros grupos noutras etapas de vida. Esta teoria não apresenta muita validade, já que não explica aspetos específicos da organização da vida quotidiana e não existem estudos transculturais que a validem.

Marshall (1995, cit. Dias, 2005)) propõe uma classificação das teorias do envelhecimento que articula simultaneamente os níveis micro e macro da análise sociológica. As teorias macro são aquelas que se focam na implementação de políticas sociais, da prestação de cuidados de saúde e das pressões financeiras daí decorrentes. Destas destacamos: o estruturalismo (análise da universalidade das transições demográficas); a teoria da modernização (baseia-se no argumento estruturo-funcionalista e normativo para explicar o declínio do estatuto social do idoso nas nossas sociedades); a teoria dos grupos de interesse (políticas públicas provocaram a criação de grupos de interesse baseados na idade e estes pressionam os decisores políticos a darem respostas às suas necessidades); e a teoria da economia política do envelhecimento (que realça o papel do Estado, do trabalho e do capital e tem em consideração as divisões de classe, género, idade e etnia).

Nas teorias micro, o objeto de interesse são as transições dos idosos e a forma como estes se adaptam a elas, as suas escolhas e o seu nível de bem-estar e satisfação. Destas realçamos duas teorias: a teoria dos papéis e a teoria do desenvolvimento.

A teoria dos papéis realça o facto de a perda dos papéis funcionais ser tomada como algo inevitável e como resultado da modernização. Tal representação põe em causa estratégias de integração dos idosos em papéis sociais estruturados.

A teoria do desenvolvimento deu um importante impulso à pesquisa inicial do envelhecimento. Este é visto como qualitativo, universal e irreversível. O desenvolvimento processa-se ao longo de todo o ciclo de vida, tem continuidades e discontinuidades, é multidirecional, é contingente às condições ambientais, culturais, históricas e ao ritmo das mudanças, e está sujeito a equilíbrios entre ganhos e perdas. Deste ponto de vista, o desenvolvimento exige uma abordagem multidisciplinar.

Se tomarmos em consideração as abordagens macro e micro em simultâneo, salientamos a teoria económica e da escolha racional, que considera que o envelhecimento também deriva do comportamento individual; destaca que os indivíduos tendem a maximizar as recompensas em detrimento dos custos; as mudanças demográficas conduzem a alterações

económicas e o conceito de escolha racional é central nas análises demográficas e económicas desenvolvidas por esta teoria. Por exemplo, a reforma pode ser uma escolha racional, mas nem sempre deriva de uma ação intencional ou voluntária.

Uma extensão desta teoria é a teoria da troca, que defende que o declínio das relações entre jovens e idosos resulta do facto de os idosos possuírem poucos recursos e dificilmente poderem contribuir para as trocas intergeracionais.

As teorias do Eu e da identidade enfatizam a intencionalidade dos sujeitos e o seu papel construtor da realidade social. Neste seguimento, existe a teoria da continuidade em que, apesar das mudanças de funcionamento do indivíduo, ao nível da saúde e nas circunstâncias sociais, uma proporção significativa dos idosos demonstra, ao longo do tempo, uma certa consistência nos seus padrões de pensamento, nas suas atividades e relações sociais. O desejo de continuidade serve como meta para a adaptação.

O interaccionismo simbólico e a fenomenologia social apontaram para o facto de, independentemente das políticas sociais influenciarem a compreensão e as perspetivas sobre o envelhecimento, estas não podem determinar comportamentos e padrões na velhice, sendo que cada indivíduo pode ou não assumir o destino da sua própria velhice, atribuindo-lhe significados pessoais, e os indivíduos interagem ou não entre si e com as políticas sociais. “A singularidade aponta para uma autodeterminação do Eu, mesmo no contexto de um processo de envelhecimento inexorável.” (APAV, 2010).

Existem ainda teorias que conciliam os planos macro e micro, como as perspetivas feministas e a teoria do ciclo vital.

As perspetivas feministas partem da premissa que o envelhecimento é diferente para homens e mulheres. Não obstante, também se debruçaram sobre os significados atribuídos socialmente ao envelhecimento e o que este representa para os próprios idosos. Verificaram que os idosos interiorizam as imagens correntes na nossa sociedade, em que aparecem como pouco atraentes fisicamente e desprovidos de poder, resultando como forças de discriminação e controlo social. Esta perceção social de desvalorização e de falta de poder dos idosos influencia os processos de intimidação e de mau trato. Pretendem combater esta imagem estereotipada dos idosos na sociedade, que é muitas vezes apresentada pelos meios de comunicação social. Muito influenciado pelas perspetivas feministas foi o movimento *Anti-ageism* cujo objetivo é combater uma série de preconceitos existentes contra as pessoas idosas, que resultam em processos de estigmatização e segregação.

Também considerada por Fernandez-Ballesteros (2004) como uma teoria psicológica do envelhecimento, destacamos a teoria do ciclo vital, cujo enfoque é o estudo contínuo do envelhecimento ao longo da vida e dá primazia aos estudos longitudinais ao invés dos transversais. Introduce uma série de premissas: existe um balanço entre ganhos e perdas; nem todas as funções psicológicas entram em declínio com a idade; existe uma certa capacidade de reserva ao longo da vida que vai permitir compensar o declínio; a variabilidade interindividual vai aumentando ao longo da vida; e a variabilidade existente entre os idosos resulta em diferentes formas de envelhecimento, o normal, o patológico ou com êxito.

Cruzando a Psicologia e a Sociologia, deparamo-nos com a teoria da atividade que defende a importância da atividade para um envelhecimento saudável. As políticas sociais que potenciam a atividade na velhice são influenciadas por esta teoria.

Para Birren (1995), o envelhecimento é um processo de interação entre os organismos com um determinado património genético e diversas condições físicas e sociais. O aumento da longevidade registado no século XIX é resultante das mudanças económicas, tecnológicas e sociais. Não são só os aspetos genéticos e biológicos que aumentam o envelhecimento, mas também os aspetos sociais, culturais e históricos. É importante conhecer os idosos enquanto membros de uma população e, de igual forma, conhecer a dinâmica das populações e todas as questões relativas à idade, enquanto dimensão de organização social e política.

Apesar de ser relativamente recente o interesse da Psicologia no campo da investigação e da teoria relativas ao envelhecimento, quando comparado com o seu contributo noutros períodos de vida, como a infância e a adolescência, isto não significa que esta ciência não se tenha debruçado sobre o tema.

Os primeiros contributos deram-se tanto ao nível do estudo de fenómenos como a estabilidade *vs.* mudança da personalidade ao longo da vida, como da compreensão de fatores psicológicos inerentes ao avanço da idade. Neste sentido, importa referir alguns percursos nesta matéria.

Hall, 1922, no seu livro *Senescence: the second half of life* aborda o tema do envelhecimento através do cruzamento de vários saberes científicos como a anatomia, a medicina e a filosofia.

Com base na psicanálise, Jung (1933) defende que a personalidade está em permanente evolução, existindo aspetos que tenderiam a modificar-se ao contrário de outros que se mostrariam mais estáveis (como os valores éticos).

Para Buhler (1935), a vida humana decorre ao longo de cinco estádios, sendo o último a velhice. O ser humano, durante a vida, tenta alcançar determinados objetivos do foro pessoal. Na velhice, o indivíduo faz um balanço da sua vida e experimenta sentimentos de realização ou de fracasso, consoante tenha ou não atingido os objetivos que perspetivara.

Por volta dos anos 50 e 60, inúmeros autores, como Erikson, Neugarten, Havighurst, Birren, entre outros, enfatizaram a necessidade de se olhar para a segunda metade da idade adulta e a velhice, não apenas como uma etapa resultante das fases anteriores de desenvolvimento, mas de um ponto de vista dinâmico e como uma etapa suficientemente independente, tanto ao nível das alterações físicas, cognitivas, sociais e psicológicas.

“A condição adulta deixa de estar associada ao resultado emergente da sucessão de estádios desenvolvimentais verificada durante a infância e a idade adulta passa a ser reconhecida, em si mesma, como um período caracterizado pela ocorrência de mudanças sistemáticas, activas e significativas”. (Wortley & Amatea, 1982, cit. Fonseca, 2006, p 14)

Assim, a infância e a adolescência deixam de ser os únicos fatores importantes na compreensão da vida psicológica na idade adulta e na velhice.

Os estudos acerca deste tema passam a ter o foco nas alterações do funcionamento individual, tanto do foro psicológico como do foro social, e não se centram somente nos fenómenos mentais como a memória, inteligência, percepção e personalidade. Surgem então estudos sobre as variáveis psicossociais com especial enfoque no processo de envelhecimento, por exemplo, estudando como os acontecimentos de vida relacionados com a velhice e as imagens sociais desta influenciam quer a identidade da pessoa idosa, como o envelhecimento individual (Birren & Schroots, 2001).

De acordo com os mesmos autores, Schroots & Birren (1980, cit. Fonseca, 2006), o processo de envelhecimento apresenta três componentes: uma componente biológica (vulnerabilidade crescente e maior probabilidade de morrer); uma componente social (relacionada com as expectativas da sociedade relativamente aos papéis sociais para este nível etário); e componente psicológica (que resulta da capacidade de autorregulação da pessoa face ao processo de envelhecimento).

A percepção que o idoso tem acerca do envelhecimento e a sua auto-imagem podem apresentar aspetos distintos: um lado positivo que se reflete numa melhoria da qualidade de vida e na longevidade e, um lado negativo relacionado com as limitações inerentes a esta

etapa da vida, sejam elas do foro físico e patológico ou social (Lima, Lopes, Carvalho & Melo, s/d).

A auto-imagem que os idosos têm de si próprios, pode ser tão distinta como a forma como estes vivenciam o processo de envelhecimento. Resultante da sua vivência ao longo da vida, o indivíduo irá encarar de forma harmoniosa ou hostil o fato de ser idoso. Se durante a sua vida o indivíduo interiorizar valores negativos e estereotipados relativamente a velhice e aos idosos, esses valores irão influenciar a sua afetividade para com os idosos e consigo mesmo, acabando por rejeitar a velhice e por ter uma imagem negativa de si próprio e uma atitude negativa perante o seu processo de envelhecimento. Por outro lado, se o indivíduo ao longo da sua vivência adquirir uma afetividade positiva relativamente aos idosos, é muito provável que encare o seu processo de envelhecimento de forma natural e tranquila, convivendo de forma harmoniosa com os idosos e consigo mesmo (Oliveira & Oliveira, 2007).

Os idosos que não apresentam problemas de saúde e têm uma visão otimista da vida, apresentam uma maior adaptação perante o processo de envelhecimento e encaram-no como uma fase de liberdade e prazer.

A partir do final da II Guerra Mundial, verificou-se um aumento da esperança de vida e conseqüente envelhecimento da população, fenómeno este que fez aumentar a necessidade de existir um maior conhecimento acerca dos idosos, do processo de envelhecimento e de como este se encaixa na história de vida quotidiana.

Quando nos referimos ao envelhecimento, importa realçar que existem, pelo menos, dois conceitos diferentes: o envelhecimento coletivo (mais antigo) e o envelhecimento individual (relativamente recente). Embora se cruzem, são conceitos com significados diferentes.

O envelhecimento coletivo engloba o envelhecimento demográfico (ou da população) e o envelhecimento societal (ou da sociedade). O envelhecimento demográfico baseia-se principalmente em categorias etárias em que todos os indivíduos são classificados indistintamente dos seus atributos pessoais, como o estado de saúde, vivências anteriores, capacidades, qualificações e competências, etc. Estas categorias etárias, baseadas na idade, são normalmente referidas como idade jovem, que vai até aos 15 anos, idade ativa, entre os 15 e os 64 anos, e idosa, também conhecida como *terceira idade*, com 65 ou mais anos, ou seja, a partir da idade normal da reforma. Partindo desta base, o envelhecimento demográfico define-se como uma “evolução particular da composição etária da população que corresponde

ao aumento da importância estatística dos idosos (envelhecimento no «topo» da pirâmide etária) ou à diminuição da importância estatística dos jovens (envelhecimento na «base» da pirâmide etária) ”. (Rosa, 2012). Assim sendo, o envelhecimento demográfico pode ser definido através de vários indicadores como, o aumento da percentagem de idosos na população, o aumento da idade média desta ou o aumento do número de pessoas com 65 anos ou mais em cada 100 pessoas com menos de 15 anos (índice de envelhecimento). Resumindo, a população envelhece quando, estatisticamente, os idosos passam a ser mais relevantes.

Na sociedade atual, em que os jovens ingressam no mercado de trabalho cada vez mais tarde e em que os mais velhos permanecem neste para além da idade normal de reforma, estes padrões etários podem ser considerados rígidos e até desadequados. Devem servir de referência, mas não devem ser utilizados taxativamente sob pena de, enquanto sociedade, perpetuarmos os estereótipos e não adequarmos corretamente o nosso comportamento e as políticas sociais perante as mudanças.

O envelhecimento societal está relacionado com a forma como a sociedade encara o envelhecimento. A característica principal do envelhecimento societal é a de uma sociedade que se sente intimidada com a sua evolução etária e com as alterações que daí resultam. É exemplo disso a frequente representação do envelhecimento demográfico como uma catástrofe que se abateu sobre as sociedades, pondo em risco o futuro das populações envolvidas. Neste sentido, o processo de envelhecimento pode resultar na fragilização da economia (porque diminui o número de produtores), na diminuição do ritmo de inovação (uma vez que são os mais jovens que têm maior capacidade de inovar), um aumento dos custos indiretos do trabalho (devido aos descontos que a população ativa terá que fazer para sustentar as reformas dos idosos), os custos com os cuidados de saúde, entre outros. Assim sendo, este conceito de envelhecimento define-se pela estagnação de determinados pressupostos organizativos da sociedade, cujas razões nem sempre são de fácil compreensão, como assenta a expressão “sempre foi assim!”.

A competitividade do mercado global implica que a política dos interesses se sobreponha à política dos direitos. Nesta, o ser humano é visto como um sujeito, um fim em si mesmo, ao contrário da primeira, em que os interesses o reduzem ao estatuto de objeto, um simples meio de para prosseguimento dos fins alheios e é nesta perspetiva política que a longevidade dos idosos se torna um problema. Esta é encarada como um obstáculo ao progresso, cuja lógica é o aperfeiçoamento funcional dos sistemas e não da vida humana. Os

sistemas operam com o objetivo da sua própria sobrevivência e não à produção de bem-estar (Pinto, 2007).

Uma das consequências mais nefastas desta situação é o fato de os idosos serem convertidos em subprodutos que não se enquadram numa economia competitiva e, vistos como objetos e não como sujeitos, a tendência é torna-los toleráveis para a sociedade e a custos baixos (Fernandes, 2005).

O envelhecimento individual também inclui duas noções: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico.

O envelhecimento cronológico está relacionado diretamente com a idade. Está inscrito nos genes e é um processo progressivo, inevitável e universal. Faz parte do processo de desenvolvimento humano, uma vez que envelhecemos desde que nascemos e, embora seja progressivo, tem momentos de aceleração variável. Existem algumas ideias que não são reais relativamente a este processo, como a ideia de que se envelhece a partir de determinada idade, o que não é verdade, e o facto de ser um processo inevitável não é sinónimo de doença, como muitos pensam.

Quanto ao envelhecimento biopsicológico, embora estando ligado ao envelhecimento cronológico, não é fixo em termos de idade, pois varia de indivíduo para indivíduo e está relacionado com várias características pessoais como os hábitos, vivência passada, estilo de vida, género, características genéticas e da sociedade em que se vive. Cada pessoa demonstra este tipo de envelhecimento de forma singular, sendo exemplo disso o aparecimento das rugas e dos cabelos brancos, que surgem em tempos diferentes. Muito relacionado com este processo de envelhecimento está a velhice. Não se sabe ao certo quando tem início, mas vem suscitando diferentes valores consoante as pessoas e as sociedades. Atualmente verifica-se uma duplicidade de perspetivas em relação à velhice, uma positiva e outra negativa. A perspetiva positiva é a que considera a velhice como um privilégio de chegar a idades mais avançadas. Nesta, a velhice é representada como independente das dificuldades ligadas a saúde e outras, e é considerada como um momento de concretização de muitos sonhos irrealizáveis durante a pressão da vida quotidiana quando se é ativo. Também ajuda a fortalecer este estado, o acumular de experiência com a idade.

Por outro lado, a visão negativa encara a velhice como uma última fase da vida humana, um momento em que as pessoas desistem dos projetos de futuro e associa-a à morte. É uma fase em que se enfatiza a deterioração física e sentimentos como a frustração, desalento e infelicidade, associados à impressão de uma falta de protagonismo e de

importância comparativamente ao passado. A solidão e o isolamento social, resultantes da passagem à reforma e do afastamento dos amigos e companheiros, até porque entretanto alguns já terão falecido, são fatores que contribuem para esta perspetiva negativa da velhice.

Ao contrário da idade cronológica, a velhice não é um atributo indiscutível, mas um estado percecionado e vivido de forma diversa, desde a sua valorização à não-aceitação (Rosa, 2012), ou seja à negação.

O envelhecimento pode ser também definido pela probabilidade de se adquirir uma determinada característica na velhice. As características de envelhecimento universais são aquelas que todos os idosos compartilham em determinada extensão, por exemplo a pele enrugada; por outro lado, existem características de envelhecimento probabilísticas que, sendo prováveis nesta etapa, não são universais, como a artrite. Neste seguimento, podemos distinguir o envelhecimento em primário, que corresponde às mudanças corporais da idade, em secundário, caracterizado por mudanças que ocorrem frequentemente mas não necessariamente e, terciário, que define a acentuada e rápida deterioração física imediatamente anterior à morte (Stuart-Hamilton, 2002).

Podemos dizer que esta classificação se engloba dentro do envelhecimento individual, uma vez que tem em consideração a mudança das características físicas do ser humano nesta etapa do ciclo de vida.

Com a relevância que o envelhecimento assume perante a sociedade, tornou-se inevitável o surgimento de várias disciplinas que aprofundassem o seu estudo nos mais diversos aspetos.

“A importância dos idosos como um grupo específico, dotado de uma cada vez maior relevância estatística e social, acerca do qual era absolutamente necessário saber mais, originou inclusive o aparecimento de uma disciplina nova, a *gerontologia* – definida por Schroots (1996) como o estudo simultâneo e multidisciplinar do processo de envelhecimento, da velhice e do idoso.”
(Fonseca, 2006, p 16)

A Gerontologia reúne diversos especialistas e investigadores de áreas muito diversificadas, uma vez que tem por objeto de estudo todas as alterações fisiológicas, morfológicas, psicológicas e sociais resultantes do envelhecimento (ação do tempo no organismo), independentemente de qualquer fenómeno patológico (Fontaine, 2000).

Embora com a visão pluridisciplinar do fenómeno se pudesse perder a potencialidade teórica de um modelo explicativo, com uma linguagem única, esta tornou-se essencial para o

estudo e compreensão deste. O envelhecimento é objeto de estudo de ciências tão diversas como a Economia, o Direito, a Política, a Bioquímica, a Medicina, a Sociologia e a Psicologia. O que caracteriza a Gerontologia é precisamente esta abordagem múltipla (Paúl & Fonseca, 2005), centrada no ser humano e no seu processo de envelhecimento.

A Psicologia do Envelhecimento é um contributo da Psicologia para a Gerontologia e é considerada um ramo de ambas as ciências. A Psicologia do Envelhecimento é difícil de diferenciar da Psicologia da Idade ou da Psicologia dos Idosos, quer relativamente ao objeto quer ao método.

A Psicologia da Idade centra-se nas diferenças de idade e compara grupos de pessoas de diferentes idades num mesmo tempo. São efetuados estudos transversais cuja variável independente principal é a idade e as variáveis dependentes são a morbilidade, a mortalidade, a competência, a autonomia, a produtividade ou a qualidade de vida.

A Psicologia dos Idosos baseia-se numa perspetiva de estádios e centra-se nos idosos e a última fase da vida. Grande parte dos estudos foca-se na doença e deterioração, seguindo a metáfora dominante de que o envelhecimento é um problema biológico e médico, e de que os idosos constituem um “grupo problema”, embora estes estudos abranjam idosos problemáticos e não problemáticos.

Relativamente à Psicologia do Envelhecimento, foca-se no estudo das alterações regulares, que se verificam em organismos maduros, geneticamente representativos e que vivem em ambientes também representativos, à medida que avançam na idade cronológica (Birren e Renner, 1997, cit. Paúl & Fonseca, 2005). Adotando uma visão temática que engloba fatores muito diversos que vão desde a cognição, à motricidade, aos sentidos, à reforma, à viuvez e à qualidade de vida, entre outros, centra-se nas pessoas idosas, numa perspetiva de estádios desenvolvimentais. (Paúl, 2006). As investigações são longitudinais, uma vez que interessa estudar as mudanças ocorridas ao longo do tempo, para permitirem comparar o desempenho de um determinado grupo de pessoas da mesma coorte, num determinado tempo, com o desempenho dessas mesmas pessoas noutros períodos de tempo.

Outras disciplinas surgiram para um estudo específico do envelhecimento. A Geriatria, que se dedica ao estudo dos meios para lutar contra o envelhecimento. Encontra-se relacionada com a Farmacologia e a Medicina, que cria e aperfeiçoa tratamentos e, desta forma, corresponde ao aspeto terapêutico da Gerontologia.

A Psicogeriatría foca-se na velhice patológica, procurando intervir de forma terapêutica (Barros de Oliveira, 2010). Como ramo da Medicina, trata das doenças mentais e do bem-estar das pessoas idosas.

E a Psicogerontologia, que estuda os processos psíquicos do envelhecimento. Tendo em conta que o desafio é fazer com que o envelhecimento se processe com cada vez maior qualidade de vida em todos os domínios, a psicogerontologia dá o seu contributo ao nível psicológico. Lida particularmente com o processo de envelhecimento tentando, por um lado, descrever, explicar e compreender o comportamento dos idosos e, por outro, intervir e modificar esse comportamento, utilizando métodos científicos específicos da psicologia, como a observação, análise de casos, questionários, métodos terapêuticos, etc. (Barros de Oliveira, 2010). Não é uma disciplina dirigida a um determinado grupo de profissionais e investigadores, mas sim a todos os profissionais da Gerontologia, cujo objetivo é a construção de um novo saber multidisciplinar (Côrte, Goldfarb & Lopes, 2009).

Podemos dizer que a Psicogerontologia é uma parte integrante da Psicologia do envelhecimento. Segundo Fontaine (2000), a Psicologia do Envelhecimento não recusa o estudo de qualquer dimensão psicológica (inteligência, memória, personalidade, personalidade, etc.); focando-se no ser humano, compara a estrutura e o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos da criança, do adulto e do idoso. Estuda a senescência (envelhecimento normal) e a senilidade (envelhecimento patológico). É muito abrangente nos seus domínios de atuação, que vão desde o combate aos efeitos negativos da idade, à adaptação dos postos de trabalho, principalmente na indústria, à melhoria do quadro de vida e ao comportamento perante a morte, seja no processo de quem enfrenta o processo de luto na velhice, seja no processo de encarar a inevitabilidade da sua própria morte, uma vez que se é idoso.

Tal como em todas as ciências, existem diferentes abordagens ou enquadramentos teóricos. A Psicologia do Envelhecimento não é exceção. Existem três abordagens principais acerca do processo de envelhecimento, que conduzem os investigadores a considerações teóricas e metodologias muito diferentes. A abordagem experimental não estuda o envelhecimento em si, mas utiliza-o na confirmação de modelos de funcionamento gerais, principalmente o cognitivo. As investigações feitas segundo esta abordagem proporcionaram muitas informações relevantes e a multiplicação dessas investigações contribuí grandemente para a melhoria dos nossos conhecimentos. Na maioria das investigações, os fatores controlados são o sexo, o nível de escolaridade e o estado físico ou de saúde. Esta abordagem

apresenta o envelhecimento como um fenómeno homogéneo, um processo médio que é observado de forma idêntica em todas as pessoas. A fim de nos dar uma visão mais completa do envelhecimento, a abordagem experimental não é suficiente sendo necessária uma abordagem desenvolvimentista e diferencial para a completar.

A abordagem desenvolvimentista e diferencial, concebe o fenómeno do envelhecimento como heterogéneo, ao contrário da anterior. Tem como objeto de estudo o envelhecimento e este encontra-se integrado no processo geral de desenvolvimento do indivíduo, que ocorre desde o nascimento. A grande questão consiste em perceber por que motivo algumas pessoas sofrem consequências negativas do envelhecimento, degradando-se, e podendo mesmo desenvolver processos de senilidade, e outras não, resistindo ao envelhecimento. Nesta abordagem são considerados fatores preditores do envelhecimento de uma pessoa, como o sexo, a geração a que pertence, o grau de escolaridade e o estado de saúde. Defende que as diferenças interindividuais aumentam com a idade, portanto a heterogeneidade entre os indivíduos aumenta com o envelhecimento (Nelson & Dannefer, 1992 cit. Fontaine, 2000).

A terceira abordagem é a genética, que estuda o envelhecimento comparando-o com o desenvolvimento da criança. Um dos conceitos essenciais é o de *fase*. A ideia principal é que o desenvolvimento da criança acontece segundo uma sucessão inexorável de fases ou estádios. Muitos autores, como Freud, Piaget, Wallon, entre outros, desenvolveram este conceito em diversos registos e todos eles defendem que as aquisições são ordenadas no tempo e que uma pessoa não pode saltar de uma fase para outra. No entanto, as idades de transição de uma para outra fases são estatísticas e não rígidas. Aplicado ao envelhecimento, a perspetiva genética utiliza as fases de desenvolvimento para descrever o funcionamento psicológico nas pessoas idosas.

Uma ideia que se vulgarizou nas culturas das sociedades ocidentais é a de que os idosos regressariam a fases da infância à medida que vão envelhecendo. É uma ideia simplista, redutora e, do ponto de vista científico, errada, uma vez que existem características específicas do pensamento dos idosos. No entanto, esta ideia influencia a forma como as pessoas idosas são tratadas pelos seus prestadores de cuidados (formais), que, por vezes, demasiado frequentes, aliás, tratam os velhos como se fossem crianças, que não têm poder de decisão na sua própria vida. A infantilização dos idosos, não só afirma, de forma mais ou menos implícita, que as pessoas idosas não são totalmente capazes, que já não são adultos, como as ridiculariza. A abordagem genética estudou o pressuposto dos mais velhos

regredirem a fases anteriores, nomeadamente à sua infância, e conclui-se que não é correto pensar que isso suceda no envelhecimento, pelo menos de um modo geral, porque todas as pessoas têm características específicas. E não é raro que até os médicos, no ambiente de consulta, quando o utente é um idoso acompanhado por uma pessoa mais jovem, interpelem esta sobre o estado de saúde daquele.

Esta abordagem procura esclarecer outra questão importante: a de continuidade ou descontinuidade do envelhecimento. O modelo contínuo pressupõe que as mudanças que acontecem durante o envelhecimento são de natureza quantitativa, por exemplo, um idoso teria menos memória mas esta seria equivalente à memória de um jovem. Por outro lado, o modelo descontínuo sugere que as mudanças ocorridas são de natureza estrutural ou qualitativa, por exemplo, um idoso teria menos memória mas esta seria estruturada de um modo diferente de um jovem (Fontaine, 2000).

Resumindo, estas abordagens procuram explicar de forma diferente o processo de envelhecimento, completando-se entre si, e todas apresentam lacunas. Importa realçar que para se compreender melhor o envelhecimento, deve ter-se em conta todas as investigações efetuadas no âmbito destas três abordagens.

Outra distinção importante acerca do tema envelhecimento é entre envelhecimento normal, em que não se verificam patologias significativas, e envelhecimento patológico, em que existem patologias de diversa ordem e grau (Barros de Oliveira, 2010). Não iremos fazer um levantamento exaustivo acerca desta distinção, mas importa explicar cada uma delas para melhor compreender alguns aspetos relacionados com esta que contribuem para uma maior vulnerabilidade das pessoas idosas.

Birren & Cunningham (1985, cit. Fonseca, 2006), defendem que a forma como envelhecemos está relacionada com a forma como nos desenvolvemos, o que significa que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico é o reflexo do comportamento dos indivíduos ao longo da vida.

Também Sayer & Barker (2002) preconizam que o envelhecimento é influenciado pelas condições ambientais a que os indivíduos estão expostos ao longo de todo o ciclo de vida, desde o seu nascimento, e pela sua maior ou menor plasticidade durante este percurso, que resulta em parte da exposição a essas mesmas condições.

Existem autores ainda, como Rowe & Kahn (1997), que se propuseram a diferenciar os indivíduos que apresentam um envelhecimento habitual (envelhecimento normal) daqueles que possuíam um perfil de envelhecimento bem-sucedido. Este conceito tornou-se bastante

familiar entre os estudiosos, uma vez que, embora a esperança de vida tenha aumentado significativamente desde o fim da II Grande Guerra, não é a todos que tal acontece em boas condições de saúde.

O conceito de senescência pressupõe um envelhecimento saudável e bem-sucedido.

Existem três grandes categorias de condições que, em conjunto, influenciam uma velhice bem-sucedida: baixa probabilidade de doenças, principalmente as que resultam em perdas de autonomia; uma velhice ótima, que corresponde à manutenção de um nível funcional elevado nos planos cognitivo e físico; e a conservação de empenhamento social e bem-estar do idoso. Esta última categoria define-se por duas componentes: a primeira, a manutenção de relações sociais e, a segunda, a prática de atividades produtivas (Fontaine, 2000).

É comumente reconhecido que o isolamento, o desinvestimento (auto ou hetero), a exclusão social, e a ausência de relações sociais podem degenerar numa velhice adoecida, conduzindo a ‘sobrecargas’ patológicas e aos comportamentos suicidários.

Estudos acerca da ausência de relações sociais e do isolamento nas pessoas idosas, realçam três proposições: o isolamento social é um fator de risco para a saúde; os apoios sociais, tanto ao nível emocional como instrumental, podem ter efeitos positivos na saúde; não existe um suporte universal eficaz para todos os indivíduos, uma vez que o fator determinante é a apropriação do apoio por parte do indivíduo, o que significa que, a pessoa tem que aceitar o auxílio e tomá-lo como bem-vindo, para que este surta efeito na sua saúde.

Estas condições podem agrupar-se em proporções variáveis, consoante as diversas influências de desenvolvimento que os indivíduos experienciaram ao longo da vida.

Baltes (1987) distingue três grandes categorias de influências que o indivíduo experiencia, sendo que as duas primeiras são coletivas e a terceira é individual. A primeira está relacionada com o grupo etário e corresponde ao conjunto de determinantes ambientais e biológicos estreitamente ligados à idade cronológica, comuns a todas as pessoas, que podem ser previstos e cuja pessoa não têm controlo nenhum sobre estes (a maturação biológica, a escolaridade obrigatória em determinadas idades, a idade fixada para a reforma, por exemplo). A segunda encontra-se ligada ao período histórico, em que a pessoa é influenciada pelos processos e acontecimentos históricos internacionais ou do seu próprio país, e sobre cuja influência a pessoa não tem controlo. A terceira corresponde a influências resultantes da história pessoal, em que os acontecimentos pessoais, estejam eles sob o controlo do indivíduo,

como tomar uma decisão importante, ou não, como um acontecimento trágico de vida. Estes acontecimentos influenciam notavelmente o indivíduo e criam um quadro psicológico único.

Cada pessoa é um resumo destas fontes de influências e a sua preponderância difere de indivíduo para indivíduo e consoante a idade deste.

O conceito de senilidade ou de envelhecimento patológico implica a noção de um envelhecimento mal sucedido e não saudável, provavelmente com psicopatologias como a depressão ou a doença de Alzheimer, que tanto afetam as pessoas (Fontaine, 2000).

Para alguns autores, a doença e a boa saúde, no sentido que estamos aqui a enunciar, são estados completamente diferenciados. Para outros, como Freud, a patologia e a normalidade são polos de um mesmo *continuum* (onde não há diferença de natureza, mas apenas de grau entre o normal e o patológico), ou Charcot, que defendia que entre a velhice normal e a velhice patológica não havia uma diferença de natureza, pois entre elas poderiam existir todos os estados intermediários.

Birren & Renner (1980, cit. Fontaine, 2000), destacam seis características do processo patológico numa pessoa: a degradação da autoestima; o declínio da adaptação da própria representação à realidade; diminuição do domínio do ambiente; a perda da autonomia, que aumenta tendencialmente com o envelhecimento; a emergência de desequilíbrios na personalidade; e o declínio da capacidade de mudança que permite a uma pessoa ter a capacidade de se adaptar à sociedade atual e aos seus valores.

Importa sublinhar que não podemos avaliar o estado psicológico de uma pessoa sem termos em consideração o seu contexto de vida e as respostas do seu ambiente.

Uma das características que expõe o idoso é a sua vulnerabilidade. Yates (1993, cit. Fonseca, 2006), considera que esta assenta em oito fatores, que a podem aumentar ou diminuir. Os que aumentam a sua vulnerabilidade são: acumulações entrópicas, radicais livres, resíduos metabólicos e doenças e incapacidade; stressores independentes da idade e acidentes. Os restantes podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade dos idosos, uma vez que não são completamente independentes: o ambiente social (família, amigos, envolvimento social, cultura, religião, economia); ambiente físico (clima, poluição da água e ar, entre outros); o estilo de vida (exercício, a dieta alimentar, o sono, drogas, lazer, atividades de risco e atividade sexual); a experiência (comportamento adaptativo, sabedoria, aprendizagem, rendimento e emprego); e atitude ou perspetiva de vida. Para se compreender a vulnerabilidade do indivíduo idoso, não podemos focar-nos apenas numa perspetiva

biológica, sendo inevitável integrar variáveis psicológicas e sociais do ambiente do indivíduo na sua compreensão.

O processo de envelhecimento está associado a problemas de saúde, psicológicos e sociais que podem ser fatores de risco para o abuso de substâncias e, simultaneamente, podem ser agravados por este. Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, embora não existam muitos dados acerca do consumo de substâncias nesta população, a previsão é de que este venha a aumentar no futuro. As substâncias consumidas mais frequentemente pelos idosos são os medicamentos sujeitos a receita médica e de venda livre, e o álcool. No entanto, a prevalência do consumo de drogas ilegais está a aumentar, uma vez que os seus consumidores estão a envelhecer.

Sendo as previsões para os próximos anos inquietantes, é provável que o abuso de substâncias por parte dos idosos se torne um problema esquecido entre os nossos cidadãos esquecidos.

Importa referir a variabilidade destes fatores, cuja relevância no processo de envelhecimento e na vulnerabilidade dos idosos difere de pessoa para pessoa, consoante o número de fatores existentes simultaneamente.

Antes de aprofundarmos o tema dos maus tratos e violência nos idosos, importa examinar brevemente o contexto social em que se insere o problema. Começamos a imagem que os idosos, o processo de envelhecimento e a velhice ocupam na nossa sociedade. Vimos, anteriormente, que a forma como os idosos são representados pela sociedade varia consoante a cultura e o contexto em que estão inseridos. Na sociedade atual, em que prevalecem o consumo e a juventude, os idosos são encarados muitas vezes como já não fazendo parte integrante da comunidade.

As características mais frequentemente atribuídas aos idosos são: diminuição da autoestima; crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; dificuldade em adaptar-se a novos papéis e lugares, assim como a mudanças rápidas e profundas; pouca motivação para planear o futuro; vários complexos em consequência de, por exemplo a diminuição da libido e do exercício da sexualidade; atitudes infantis ou infantilizadas; tendência a hipocondria, a depressão e até a ideações suicidas; aparecimento de novos medos (como o de ser um estorvo e de sobrecarregar os familiares, medo da solidão, de doenças e da morte, entre outros); diminuição das faculdades mentais, principalmente da memória; problemas a nível cognitivo (linguagem, memória, solução de problemas), conativo e motivacional, afetivo e de personalidade (Richard e Mateev-Dirkx, 2004 cit. Barros de Oliveira, 2010).

Contudo, grande parte destas características atribuídas aos idosos são, com muita frequência, consequência de preconceitos ou estereótipos. Estes marcam sobretudo as sociedades ocidentais e desenvolvidas, onde continua a existir uma visão negativa acerca do envelhecimento, quer pelos mais novos quer pelos próprios idosos. Estes estereótipos dão origem ao idadismo.

O termo idadismo (em inglês *ageism*), surgiu pela primeira vez em 1969, com o psicólogo americano Butler, que o definiu como um processo através do qual se estereotipa de forma sistemática os idosos, apenas por serem velhos, da mesma forma que o racismo e o sexismo, se focam na cor da pele e no género (Butler & Lewis, 1973 cit. Gracia Ibáñez, 2012).

“Em termos gerais, o idadismo refere-se as atitudes e práticas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas somente numa característica – a sua idade.” (Marques, 2011, p.18)

Apesar do que se poderia pensar, o idadismo não se foca somente nas manifestações negativas contra as pessoas idosas. Ao invés, estas também podem existir contra diferentes grupos etários, por exemplo existem elementos que indicam que em vários países, como no Reino Unido, o idadismo é direcionado contra as pessoas mais jovens. Todavia, em Portugal o idadismo parece atingir maioritariamente as pessoas mais velhas. Alguns autores, têm chamado a este tipo específico de idadismo, gerontismo. (Marques, 2011).

Hughes & Mtzezuka (1992, cit. Gracia Ibáñez, 2012)) descrevem o idadismo como um processo de discriminação dos idosos, através de atitudes e imagens negativas baseadas única e exclusivamente em características da velhice. A difusão de estereótipos negativos na vida quotidiana e através dos meios de comunicação, resulta na estigmatização generalizada, através de atitudes paternalistas e condescendentes para com os idosos (Gracia Ibáñez, 2012).

Podemos diferenciar três componentes essenciais das atitudes idadistas perante as pessoas mais velhas. Primeiro, correspondem às crenças ou estereótipos que assumimos relativamente aos idosos; são, tendencialmente, representados como um grupo homogéneo, caracterizado por traços negativos específicos como, por exemplo a incapacidade e a doença. Em segundo lugar, o idadismo está relacionado com o preconceito ou os sentimentos que apresentamos relativamente a este grupo etário; a sua manifestação pode assumir formas mais disfarçadas como o paternalismo ou a condescendência, ou através de sentimentos de desdém face ao envelhecimento. Por fim existe também uma componente comportamental que está relacionada com os atos efetivos de discriminação relativamente as pessoas mais velhas; o

abuso e os maus tratos que têm como alvo os idosos são o maior exemplo deste tipo de discriminação, embora existam muitos mais (Marques, 2011).

Os resultados do Eurobarómetro Especial de 2012 relativo a *Discrimination in UE*, de 2012, mostram que 48% dos portugueses consideram a discriminação pela idade muito frequente na nossa sociedade, existindo uma evolução favorável dos resultados de 2009, cuja percentagem na altura se situava nos 53%. Segundo o módulo de “Idadismo” do *European Social Survey*, de 2009, 17% dos portugueses considera que a discriminação em relação à idade é a principal forma de diferenciação em Portugal. Este tipo de discriminação parece afetar sobretudo as pessoas mais velhas: 20,8% dos indivíduos entre os 65-79 anos e 31,6% com mais de 80 anos já sentiram algum tipo de discriminação devido à idade. O *European Social Survey* demonstra que estes comportamentos negativos podem assumir formas mais subtis (19,9% dos indivíduos entre os 65-79 anos e 30,6% com mais que 80 anos já foram alvo de paternalismo, ignorados ou tratados com pouco respeito) e assumem formas mais flagrantes (15,9% dos indivíduos dos 65-79 anos e 20,8% com mais de 80 anos afirmam já terem sido insultados, maltratados, vítimas de abuso e recusados em determinados serviços devido à sua idade).

Na sociedade portuguesa o idadismo é um problema grave. Os sinais de discriminação podem encontrar-se em diversos domínios e demonstram como podem ser abrangentes estes tipos de ações. Não raras vezes, embora com boas intenções, comportamentos de ajuda excessiva e sobreproteção da pessoa idosa podem ser idadistas e prejudiciais já que tendem em incentivar a dependência e a incapacidade. O abuso e os maus tratos são das formas mais flagrantes de idadismo. É essencial compreender as variadas manifestações que o idadismo pode assumir na nossa sociedade para podermos delinear políticas adequadas ao combate e disseminação deste tipo de atitudes (Marques, 2011).

Compreender este fenómeno é fundamental, uma vez que tal tipo de atitude atenta contra os direitos humanos fundamentais.

O artigo 21.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia considera a discriminação com base na idade como uma violação dos direitos fundamentais “É proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções, opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, riqueza, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual.”

Também a Constituição da República Portuguesa (1976) proíbe qualquer tipo de discriminação, incluindo a com base na idade, nomeadamente nos artigos 13.º e 59.º. O novo

Código do Trabalho proíbe explicitamente, do mesmo modo, a discriminação com base na idade no contexto de trabalho e nas relações laborais, como consta do artigo 23.º.

Ainda que seja óbvio que constituem uma ofensa grave em termos ideológicos este tipo de comportamentos, nem sempre estes princípios são seguidos pela vida coletiva.

Como vimos anteriormente, ao fenómeno de envelhecimento está associado ao fenómeno do mau trato. É relativamente recente o reconhecimento público que os idosos são vítimas de abuso e maus tratos, como um problema médico e social (Gonçalves, 2006). Só a partir dos anos 80 é que foi tido em conta como um grave problema social (Dias, 2005).

Alguns estudos publicados demonstram uma prevalência do abuso dos idosos entre 1% e 5% e, os realizados no Canadá, EUA e Reino Unido, apontam para 3% a 6% em idades acima dos 65 anos. Em Portugal são insuficientes os estudos populacionais para que seja possível estimar a magnitude deste problema. Por um lado, a maioria da pesquisa sobre este fenómeno utiliza amostras altamente seletivas, deixando por detetar grandes segmentos da população idosa vítima de abusos familiares e institucionais. Por outro, ao tentar estimar-se a extensão deste problema social, são realizadas pesquisas com base na população geral, cujo índice de resposta é muito baixo. Todavia, ao permitirem um certo conhecimento do fenómeno do mau trato dos idosos, os dados disponíveis, além de sustentarem estratégias de intervenção mais adequadas, demonstram que este tipo de violência tem maior incidência no contexto da violência familiar e institucional (Dias, 2005).

Para além do mau trato da pessoa idosa constituir um problema social grave é também um fenómeno em crescimento, principalmente se considerarmos os índices de dependência desta população uma vez que a longevidade se encontra em crescimento nas nossas sociedades.

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa. Tendo em consideração as estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE), feitas em 2007, nos próximos vinte e cinco anos o número de pessoas com mais de 65 anos poderá duplicar o número de jovens, passando de 112 para 242 idosos por cada 100 jovens. Na população ativa as alterações seguem a tendência europeia, com um aumento do índice de dependência de 25,91% em 2008 para 54,76% em 2060 (o que significa, que a proporção de pessoas ativas passa de quatro para duas por cada pessoa com mais de 65 anos). Estima-se que em 2020 a proporção de jovens representará 16,1% da população e os idosos de 18,1%, sendo que 7,7% da população terá mais de 75 anos. Podemos concluir que, futuramente, com o aumento significativo dos idosos

acima dos 85 anos, poderá existir uma maior probabilidade de ocorrência de situações de dependência e de maus tratos.

A Organização Mundial de Saúde partilha desta ideia e receia que o aumento do número de idosos por todo o mundo venha a agravar as situações de maus tratos ou violência, relacionadas principalmente com o enfraquecimento dos sistemas de proteção social e com a rutura dos laços familiares.

O conceito de mau trato é de difícil definição e pode apresentar outras nomenclaturas como ‘abuso’ e ‘violência’. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2010) sugere a utilização da definição de ‘violência’ ou ‘violência contra as pessoas idosas’ pela sua abrangência e por ser de mais fácil compreensão para o senso comum e para os profissionais que não são da área.

De acordo com a Declaração de Toronto para a Prevenção Global do Mau Trato a Pessoas Idosas (2002), define-se o mau trato como “a ação única e repetida, ou a falta de resposta apropriada, que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança e que produza dano ou angústia a uma pessoa idosa”.

O conceito de abuso é entendido pela *American Medical Association* como “qualquer acto de comissão ou omissão que resulta em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa”. A proposta para a definição de abuso sobre os idosos, elaborada pelo departamento de saúde do Reino Unido, define-o como “o abuso físico, emocional ou psicológico feito na pessoa idosa por um cuidador (familiar ou não).”

A violência, no geral, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”

Qualquer destas definições demonstra que, quando nos referimos a maus tratos, se fala de diversas formas de agressão que não se resumem à violência física, de agressões, de punição de que resultam dor, lesões ou incapacidade. São também formas de abuso, os abusos psicológicos e emocionais, em que frequentemente predominam as ameaças e os insultos, provocando dor, angústia ou perigo, a exploração financeira, e as situações de fracasso ou negligência dos cuidadores em cumprir com deveres ou obrigações para com o idosos, podendo eventualmente chegar ao extremo do abandono deste (Ferreira, Vieira & Firmino, 2006).

A palavra violência deriva do substantivo latino *violentia*. Esta implica sempre uma força, que pode seguir por toda a espécie de caminhos. Qualquer adulto pode ter momentos em que descarrega a sua raiva tanto sobre outros indivíduos, como sobre objetos, como em si próprio (ferindo-se ou agredindo-se). O movimento violento é primitivo e resulta da frustração do desejo, assumindo diferentes formas, conforme os indivíduos e as características, passando de um gesto a outro ou recaindo sobre uma pessoa ou uma outra (Olivier, 2001).

Desde sempre, a civilização humana comporta a raiz da violência, sob todas as suas qualidades e formas de manifestação, abarcando desde os formatos mais cruéis aos mais dissimulados, alguns quase suaves, no entanto, profundamente brutais. A História aponta a continuidade de vivências violentas que, surgindo em prolongados ciclos, apenas se alteram na sua visibilidade e meios de expressão (Poiares, 2012).

O abuso sobre a pessoa idosa pode assumir diferentes formas. Segundo a APAV (2010) podemos distinguir:

- Violência física: corresponde a qualquer comportamento que implique o uso não accidental da força física com o intuito de causar dor física, ferimentos corporais ou incapacidade. É uma forma de infligir ou de ameaçar infligir dor física ou ferimentos numa pessoa idosa vulnerável ou de a privar de uma necessidade básica. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico, assim como a falta ou excesso de medicação também estão incluídas nesta categoria;

- Violência sexual: trata-se de todos os tipos de contacto e atos sexuais não consentidos com uma pessoa idosa. É considerado abuso sexual qualquer contacto sexual com uma pessoa incapaz de dar o seu consentimento. Este tipo de abuso ocorre, frequentemente, em circunstâncias que camuflam o carácter violento e abusivo da ação. É todo e qualquer comportamento que implique a ofensa da autodeterminação sexual das pessoas idosas e/ou que ofenda o seu pudor, como por exemplo a prática de violação, falar sobre ou mostrar objetos ou atos sexuais (filmes ou fotografias pornográficas), a uma pessoa contra a sua vontade, entre outros;

- Violência psicológica ou emocional: corresponde a todas as ações efetuadas com intenção de causar dor emocional, angústia, tormento e aflição na pessoa idosa, por meios verbais ou não verbais. Por exemplo, a humilhação, isolamento da família e amigos, ameaças de qualquer tipo, infantilização da pessoa idosa entre outros;

- Violência económica ou financeira: utilização inapropriada ou ilegal de fundos, propriedades ou bens do idoso. Cobre qualquer tipo de comportamento que tenha como objetivo o impedimento do controlo, por parte do idoso, do seu próprio dinheiro e/ou bens, ou que visem a sua exploração danosa. Por exemplo, quando os familiares ou outras pessoas usam a pensão ou outra prestação da pessoa idosa em benefício próprio, quando o idoso sofre de extorsão, entre outros;

- Negligência: trata-se de todo o tipo de comportamento que implique a recusa ou ineficácia em satisfazer as necessidades básicas do idoso, assim como as obrigações ou deveres para com este. São exemplos de negligência a negação de condições de habitabilidade, de alimentos, cuidados higiénicos, de segurança, de tratamentos médicos, de enfermagem, bem como administração irregular ou inadequada de medicação;

- Abandono: comporta qualquer tipo de comportamento que resulte no abandono das pessoas idosas pelos seus familiares a situações de dificuldade e solidão, ou seja, corresponde ao afastamento de uma pessoa idosa por parte de um individuo que tinha a sua custódia física ou que era responsável por lhe fornecer cuidados. Um exemplo comum é o de abandono do idoso por parte da sua família após um internamento hospitalar. Embora tenha alta médica, fica indefinidamente internado, já que os seus familiares ora se recusam a acolhe-lo em suas casas, ora dificultam a comunicação com os serviços da unidade de saúde, atrasando ao máximo ou mesmo evitando o acolhimento em suas casas.

O comité nacional de abuso de idosos nos Estados Unidos (*National Center on Elder Abuse*, 1998) sugere mais um tipo, para além dos descritos anteriormente, de abuso para idosos não institucionalizados:

- Auto-negligência: trata-se de comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. Esta definição não inclui as situações em que a pessoa idosa é mentalmente capaz e toma decisões voluntárias e conscientes de se envolver em atos que ameaçam a sua segurança ou saúde, compreendendo antecipadamente as consequências das suas decisões.

Para a *Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA), existem ainda mais dois tipos de violência contra as pessoas idosas, que consideram uma atitude geral que atualmente as sociedades manifestam perante o envelhecimento e as pessoas idosas:

- Violência estrutural e social: corresponde a todo o tipo de comportamento político praticado por governos, partidos ou outras instituições, que fomente a discriminação negativa dos mais velhos na vida social, política, económica e cultural. São disso exemplos, entre

outros, a falta de recursos para apoiar as pessoas idosas, a falta de rendimentos, que resulta numa marginalização instituída das pessoas idosas numa determinada sociedade;

- Falta de respeito e preconceito contra as pessoas idosas: corresponde a todo o tipo de comportamento que implique desrespeito e discriminação negativa em relação aos idosos. De entre diversas formas, destacamos determinadas mensagens e imagens veiculadas pela Comunicação Social, na publicidade, mas também por instituições, que tendem a ser ridicularizantes ou miserabilistas (por exemplo, “Velha de 90 anos ainda arranja namorado” ou “Mais avozinhos internados neste natal”). Por outro lado, ainda as há, que tentam esconder a velhice e as suas características próprias, como por exemplo, num anúncio destinado aos mais velhos em que os atores são muito mais novos ou estão muito maquilhados para esconderem as marcas naturais do envelhecimento (rugas). Ser idoso é, por este ponto de vista, pouco estético e pouco atrativo.

Atualmente, não existem estudos que permitam chegar a um consenso sobre a quantidade e o tipo de abusos perpetrados sobre idosos. Uns centram-se na incidência, outros na prevalência do abuso e, como apresentam diferentes objetivos e metodologias, o que os torna difíceis de comparar.

Em Portugal, se atendermos aos resultados do relatório do Provedor de Justiça (2002) acerca da utilização da linha do cidadão idoso nesse ano, constatamos que das 3273 chamadas recebidas nesse ano, 132 correspondiam a situações de abandono de idosos e 105 foram identificadas como casos de ‘solidão’ (Ferreira-Alves, 2004).

Como já vimos, todas elas são formas de abuso, mas é extremamente difícil quantificar a sua verdadeira prevalência e incidência. Isto acontece por várias razões: por um lado, não raras vezes, tanto a vítima como o abusador tendem a negar a situação ou a minorar a sua gravidade, ocorrência que muitas vezes se deve ao facto de abusados e abusadores partilharem laços familiares e por existir uma relação de dependência dos primeiros relativamente aos segundos. Por outro lado, muitas vezes os idosos sentem vergonha em expor a situação em que se encontram, frequentemente originada por familiares próximos. Outros casos há em que os profissionais de saúde tendem a minimizar, ou a não valorizar, as queixas dos idosos, ou pelo facto de existir uma limitação de acesso às residências destes, comprometendo a deteção dos casos (Ferreira, Vieira & Firmino, 2006).

Importa realçar que na maior parte das vezes, este tipo de crimes são perpetrados por familiares ou alguém próximo, não excluindo que também ocorram em meios institucionais. Resultados de estudos internacionais apontam para que cerca 70% dos crimes dão cometidos

no seio da família e, em Portugal, em 2009, segundo as estatísticas da APAV, cerca de 34% dos crimes contra pessoas idosas foram cometidos pelos filhos das vítimas (Marques, 2011).

O *National Elder Abuse Incidence Study* (1998) e a secção de estatísticas do departamento de justiça americano indicam-nos que:

- a forma mais frequente de abuso é a negligência, com uma percentagem de 48,7%, seguida do abuso psicológico/emocional com 35,5%, abuso financeiro e económico com 30,2% e o abuso físico com 25,6%;

- 90% dos incidentes de abuso e negligência relatados são perpetrados por familiares, sendo que 2/3 destes são cônjuges ou filhos;

- os principais perpetradores de abuso relatados são os filhos, com 47,3%, seguidos pelos cônjuges, com 19,3%, outros familiares, com uma percentagem de 8,8% e os netos, com 8,6%;

- as vítimas de auto-negligência são indivíduos que estão, normalmente, confusos, deprimidos e profundamente frágeis.

Não é de estranhar que para os idosos impere o silêncio acerca deste tema. Este silêncio resulta, maioritariamente, de dois aspetos que convém realçar; se por um lado, o idoso que é mal tratado não se queixa por recear que o único laço efetivo que lhe resta se perca, ou por temer represálias, por outro, nem sempre o agressor tem consciência do carácter violento das suas palavras e gestos (Karli, 2002).

Minayo (2005) refere que em muitas sociedades, as diferentes variantes desta violência ficam ocultas nos usos, nos hábitos e nas relações entre as pessoas, já que, frequentemente, são vistas como uma forma de agir “normal” e “naturalizada”.

“(…) a violência: não é muda, produz discursividades, que podem ser obtidas através das falas dos seus atores, quer dos discursos quer dos intradiscursos, nas suas componentes de ditos, não-ditos, entreditos e interditos – há que aprender a escutar este objecto, nos enunciados que lhe são peculiares e no quadro de valores e referencias em que se insere.” (Poiares, 2012, p.209)

Da Agra (1997) distingue duas modalidades de violência, uma *soft*, que corresponde à violência visível e que nos envergonha, e uma *hard*, que é alvo da crítica social, como verificamos na violência contra os idosos, criança, mulheres e etnias, entre outras. Defende que os comportamentos violentos podem passar de *soft* para *hard* (Poiares, 2012).

Devem evitar-se explicações simplistas para explicar e compreender a natureza do mau trato familiar sobre os idosos. Os modelos que se focam exclusivamente no stress do

cuidador ou na psicopatologia do agressor reduzem a diversidade de formas e motivos que esta forma de violência apresenta. Esta simplificação conduz a respostas e intervenções muitas vezes inadequadas e ineficazes. Na sua maioria, as explicações existentes carecem de uma base empírica sólida, devido ao escasso número de investigações acerca do tema e as fragilidades metodológicas de muitos dos estudos disponíveis (Gracia Ibáñez, 2012).

Acresce que os maus tratos podem também encontrar raízes nas (com)vivências perturbadas pelo fenómeno da ganância hereditária antecipada (partilhas em vida, sucessões) e como consequência de afetos filiais menos investidos- e a Psicologia assim como o Direito Penal e o Familiar podem dar respostas efetivas.

Todavia, segundo este autor, existem algumas teorias explicativas deste fenómeno, construídas tendo como referência disciplinas como a Psicologia, a Sociologia, a Gerontologia e a Medicina, nomeadamente: o modelo situacional, a teoria do intercâmbio social, o interacionismo simbólico, a teoria dos recursos, a teoria da aprendizagem social, o modelo ecológico e as teorias construídas a partir da perspectiva da economia política.

O modelo situacional, derivado de uma base teórica associada sobretudo ao mau trato infantil, foi considerado por Philips (1986) como um dos primeiros modelos explicativos acerca do fenómeno do mau trato nos idosos. Este modelo defende que são de extrema importância as circunstâncias que rodeiam o indivíduo que se encontra numa situação abusiva (Bennet *et al.*, 1997, cit. Gracia Ibáñez, 2012). As variáveis situacionais relacionadas com o mau trato dos idosos são: fatores relacionados com a velhice, tais como a dependência física e emocional; fatores estruturais, como as dificuldades económicas e isolamento social; fatores relacionados com o cuidador, como, por exemplo, esgotamento devido ao trabalho de prestar cuidados (síndrome de *burn-out*), experiências anteriores de socialização com a violência, entre outros (Philips, 1986, cit. por Gracia Ibáñez, 2012). À medida que o stress do agressor aumenta, associado a determinados fatores situacionais e estruturais, aumenta a possibilidade de este cometer atos abusivos direcionados a um indivíduo vulnerável, ao qual ele considere fonte desse stress. Assim, quando a utilização da violência no seu geral é aceite pela norma social e cultural e, quando o grau de tolerância social à violência, tanto em sociedade como em determinada família em concreto, alcançam determinados níveis e esse grupo se encontra exposto em grande medida a situações stressoras, é possível que essas famílias acabem por utilizar a violência como uma forma de lidar com o stress e de resolver conflitos.

Partindo deste modelo, a intervenção teria que, necessariamente, ser no sentido de ensinar os cuidadores a reduzir o stress situacional ou estrutural, frequentemente associado ao

ato de cuidar, antes de chegar ao mau-trato (Philips, 1986, cit. por Gracia Ibáñez, 2012). O foco de intervenção seriam as necessidades do cuidador, mais do que as das vítimas (Brandl *et al.*, 2007, cit. Gracia Ibáñez, 2012).

A Teoria do Intercâmbio Social parte do pressuposto que as interações sociais implicam ganhos e perdas. Numa relação temporal entre duas pessoas, a justa retribuição de benefícios constitui um valor de intercâmbio. Tendo em conta o conceito de reciprocidade, numa relação cada pessoa tem direitos e deveres para com a outra e os padrões de intercâmbio devem ser satisfatórios para ambas. George (1986), citado por Gracia Ibáñez (2012), identifica como fundamental o equilíbrio entre duas normas, a reciprocidade e a solidariedade, no âmbito do cuidado familiar dos idosos. Neste contexto, a reciprocidade sugere que os intervenientes desta relação devem estar sujeitos aos mesmos níveis de benefícios e prejuízos, e a solidariedade implica que os membros da família deveriam prestar todos os cuidados necessários sem esperar retorno. Contudo, o próprio autor sublinha que, as conclusões acerca da igualdade e da equivalência de intercâmbios têm um carácter fortemente subjetivo. Quando este equilíbrio é quebrado, o resultado são sentimentos de ira, ressentimento e castigo. A violência surge neste sentido, quando o benefício pela sua utilização é superior ao custo.

Aplicando esta teoria ao mau-trato nos idosos, este verifica-se quando o cuidador interage mais vezes de forma negativa do que positiva com o idoso. Neste tipo de situações, se o poder de um indivíduo sobre o outro, seja ele físico, emocional ou financeiro, não está submetido a nenhuma forma de controlo por parte da sociedade (família, vizinhos, polícia, etc.), os custos de um comportamento violento podem ser considerados mínimos e os benefícios de continuar a exercê-lo podem ser considerados superiores aos custos.

A perspetiva do Interaccionismo Simbólico, explorada por Philips (1986) no âmbito do mau-trato das pessoas idosas e defendida por Blumer (1969), McCall e Simmons (1978), sugere que o estilo social de vida é produzido desde o interior da própria sociedade, dando grande importância ao significado dos indivíduos nas relações sociais que estabelecem. Citado por Gracia Ibáñez (2012), Philips (1986) afirma que a interação social é um processo que ocorre no tempo, entre pelo menos duas pessoas, constituído por fases identificáveis e recorrentes, flexíveis na forma como estão relacionadas e sequenciadas, e que requer uma negociação e renegociação constantes de forma a estabelecer um consenso acerca do significado simbólico desta relação. Glendenning (2000), citado por Gracia Ibáñez (2012), defende que este está relacionado com os processos cognitivos de improvisação e adaptação de papéis, assim como a sua atribuição e consolidação. Desta forma, quando existe um

desfasamento do significado que cada indivíduo tem na relação, surge a possibilidade de entrar em conflito e terminá-la.

Deste ponto de vista, o mau trato das pessoas idosas é uma consequência da interação tanto dentro das famílias como nas instituições e resultam da alteração de papéis por parte dos idosos dentro dos seus grupos sociais, como resultado do seu envelhecimento biológico e social. Esta alteração pode colocar em causa a identidade da pessoa, até então estável, e criar situações de stress nas suas relações sociais, que só se resolverão mediante negociação de uma nova identidade válida para o mesmo (Phillipson, 2000, cit. Gracia Ibáñez, 2012).

Outra questão importante é a do papel do cuidador. O próprio cuidador tem que alterar o seu papel, mas este só sabe desempenhar o papel que lhe tinha sido atribuído anteriormente e que este tinha aprendido e incorporado. Por exemplo, se se quiser que um cuidador passe a exercer tarefas de alimentação ao idoso associadas ao trabalho de cuidador, mas este não se vê a desempenhá-las, isso implica que esse papel lhe vai parecer desadequado. Assim, embora o papel a desempenhar seja adequado e congruente com a situação em questão, pode resultar numa resposta desadequada e inapropriada baseada na perceção do outro. Neste contexto, o mau-trato pode resultar de um conflito que surge devido a troca de papéis e identidades entre os indivíduos à medida que envelhecem e na incapacidade de renegociá-los com êxito (Bennet *et al.*, 1997, cit. Gracia Ibáñez, 2012). É de realçar que na maioria dos casos, o ato de cuidar é imprevisto, não desejado e torna-se tanto mais complicado quanto menores os recursos. São atribuídas ao cuidador responsabilidades não remuneradas nem diretamente antecipadas sobre um “recetor de cuidados” impossibilitado de assumir várias obrigações específicas das relações interpessoais (Pereira & Mateos, 2006). Esta imposição pode provocar a não-aceitação, por parte do cuidador, do seu novo papel que se vai refletir de forma negativa na relação e comportamento que terá com o idoso que precisa dos seus cuidados.

Outra das teorias existentes para explicar o fenómeno dos maus-tratos nos idosos, defendida principalmente por Goode (1971), é a teoria dos recursos, que afirma que todos os sistemas sociais, principalmente a família, se suportam do uso da força, em alguma medida, para manter a ordem e o *statu quo*. Desta forma, a violência constitui um recurso, utilizado tanto pelo indivíduo como pelo grupo, para manter ou conseguir os seus interesses.

A teoria da aprendizagem social é uma das teorias cujo enfoque é o agressor e se centra no âmbito da Psicologia, na aprendizagem social. Segundo esta, quase todo o comportamento humano se adquire através de modelos. A família promove ao indivíduo

exemplos de modelos que podem ser adotados posteriormente. Neste sentido, aplicada à violência intrafamiliar e segundo Gelles e Straus (1979), a família serviria como um campo de treino para a violência. É na vida familiar que os indivíduos experienciam, primeiramente, situações de violência e aprendem, tanto a utilizá-la como a justificá-la. Esta teoria psicológica aplicada ao fenómeno do mau-trato surge como mais completa do que outras, que se focam exclusivamente na psicopatologia do agressor ou no mecanismo de frustração-agressão, resultante de uma relação pobre entre pais e filhos. Porém, esta teoria centra-se sobretudo no indivíduo, não tendo em consideração outros fatores sociais e a sua importância (Bennet *et al.*, 1997, cit. Gracia Ibáñez, 2012). Para Aitken e Griffin (1996, cit. Gracia Ibáñez, 2012), o problema de se utilizar a história de família como explicação para o fenómeno da violência familiar atual reside no facto de existirem inúmeros casos que indicavam que fosse existir violência dentro da família e tal não aconteceu, assim como o contrário, em que nada fazia prever que fosse exercida a violência, e esta assumiu um lugar de destaque.

O modelo ecológico parte da teoria dos sistemas e defende que existe um sistema de quatro níveis interativos (microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema), que contribuem para o desenvolvimento do comportamento abusivo, concebendo o indivíduo como inserido em uma série de sistemas cada vez mais amplos. Consequentemente, o indivíduo só pode ser compreendido tendo em conta as características individuais e as características do ambiente em que se desenvolve (Bronfenbrenner, 1987, cit. Gracia Ibáñez, 2012). Este tipo de teorias que surgiram para compreender o desenvolvimento humano, ajudam-nos a integrar e relacionar os múltiplos fatores que incidem no problema da violência nas famílias. Ver este fenómeno através deste modelo pode facilitar a deteção de relações/conexões de forma a compreender o que ocorre, desde a perspectiva da pessoa que sofre a violência e trabalhar com ela de forma realista (Monzón Lara, 2003).

Por fim, a perspectiva crítica ou da economia política, no âmbito da Sociologia, foca-se na influência que a sociedade adquire nas pessoas de idade avançada, tanto dentro de casa como fora dela, ao contrário de outras perspectivas que se centram na forma como o indivíduo se adapta e encara o processo de envelhecimento, como vimos anteriormente. Neste contexto, muitas das experiências que afetam os idosos, incluindo o fenómeno dos maus-tratos, centram-se na economia política, gerando uma divisão de trabalho e uma estrutura de grandes desigualdades como resultado do processo natural de envelhecimento (Phillipson, 2000, cit. Gracia Ibáñez, 2012). Walker (1981) definiu o conceito de “construção social da dependência na velhice”, baseando-se na Economia Política e no mercado de trabalho, assim como a sua

relação com o empobrecimento dos idosos. No contexto explicativo do mau-trato das pessoas idosas, esta perspectiva enfatiza a posição de exclusão dos idosos na sociedade e o idadismo social, que já referimos anteriormente.

Numa sociedade capitalista em que apenas os que produzem são valorizados, os idosos são tratados como seres inúteis, descartáveis, uma vez que não produzem, como se o valor do ser humano se reduzisse à sua força de trabalho e à sua capacidade produtiva. A percepção é de que existe um desinvestimento político e social quando o indivíduo envelhece e se torna idoso, conduzindo muitas vezes a um processo de exclusão social (Minayo, 2003).

Diariamente, os idosos enfrentam inúmeras barreiras a variados níveis e encontram-se vulneráveis a diversos fatores. São tratados como um mero objeto, como se já não existissem, como pessoas incapazes de tomar as suas próprias decisões, cuja vida útil acabou embora ainda sejam ativos. Os processos de perdas a que estão sujeitos, tanto ao nível emocional, psicológico e físico, comuns nesta etapa da vida, tornam esta população vulnerável perante situações novas e inesperadas (Carolino, Cavalcanti & Soares, 2010).

A vulnerabilidade social do idoso está relacionada com a diversidade de circunstâncias que este tem que enfrentar no seu quotidiano (Paz, Santos & EIDT, 2006 cit. Carolino, Cavalcanti & Soares, 2010). Algumas destas têm conexões diretas nos aspetos das questões culturais, sociais e económicas de cada sociedade. Muitos idosos são vítimas de negligência e abandono por parte da família e do Estado, ficando em situação de risco e vulnerabilidade social e perdendo até, inúmeras vezes, a sua identidade como cidadão e ser humano.

Segundo o estudo de Martins, Andrade & Rodrigues (2010), para os idosos o futuro representa uma incerteza perante a qual adotam uma postura de passividade. Grande parte não faz planos e apresenta como principais receios o “medo de sofrer” e de “incomodar os outros”, destacando os sentimentos de tristeza e solidão como os mais frequentes. Na sua perspectiva, os maiores problemas que enfrentam são reformas baixas, solidão, rejeição familiar e exclusão social.

À semelhança de outras teorias explicativas do envelhecimento e da sua compreensão, as teorias que agora referimos no âmbito dos maus tratos apresentam lacunas, quando utilizadas individualmente, no sentido em que ficam aquém da explicação e compreensão global deste fenómeno tão complexo. A sua combinação e interligação dão-nos uma perspectiva mais abrangente e completa do fenómeno. O ideal seria a existência de uma teoria da causa da violência familiar mais integrada, que combinasse as teorias sociais,

estruturais, culturais e psicológicas com o intuito de elaborar explicações mais coerentes acerca dos motivos de que resulta o mau-trato (Bennet et al. 1997, cit. Gracia Ibáñez, 2012).

A pesquisa desenvolvida tem-se debruçado, igualmente, em identificar os fatores que tornam os idosos mais vulneráveis à prática de maus-tratos (fatores de risco).

De acordo com Iborra Marmolejo (2008), os fatores de risco são as características pessoais, culturais, familiares, profissionais, escolares e sociais, cuja presença acarreta uma maior probabilidade de ocorrência de determinado fenómeno. No contexto dos maus-tratos a idosos, Muñoz Tortosa (2004, cit. Gracia Ibáñez, 2012), defende que os fatores de risco englobam todas as variáveis associadas às situações de mau-trato.

Importa referir que, além do registo de fatores de risco, existem, por outro lado, fatores protetores deste fenómeno, cuja existência diminui a probabilidade deste ocorrer. Todavia, apesar de um conhecimento aprofundado destes fatores protetores ser de extrema importância no caminho de possíveis vias de prevenção do fenómeno dos maus-tratos a idosos, ainda não é um tema muito explorado, carecendo de maiores investimentos científicos.

Os fatores protetores são circunstâncias ou características que funcionam como proteção dos indivíduos da perturbação face ao risco (Moreira e Melo, 2005).

A identificação dos fatores de proteção e de risco é essencial para uma melhor compreensão do fenómeno e para uma delineação das intervenções preventivas mais eficaz, uma vez que permite a implementação de estratégias que, por um lado incrementam os fatores protetores e, por outro, reduzem ou anulam os fatores de risco (Moreira, 2004).

Embora ainda escassa a investigação nesta área, destacamos que características como a responsabilidade, resistência e resiliência estão associadas a pessoas que têm maior capacidade de lidar com situações stressantes sem sofrerem danos permanentes, funcionando desta forma como fatores protetores (Glanz e Johnson, 1999 cit. Gracia Ibáñez, 2012).

Garnezy (1985, cit. Gracia Ibáñez, 2012) diferencia três variáveis relevantes em indivíduos que se encontram em situações de stress: a primeira resulta de uma combinação entre características de personalidade e temperamento, como o nível de diligência perante uma nova situação; a segunda deriva da existência de uma família calorosa, coesa e solidária; e, a terceira, está relacionada com o apoio social disponível.

Na investigação dos fatores protetores no domínio dos maus tratos a idosos, destacamos um estudo realizado na Nova Zelândia (Peri et al., 2008, cit. Gracia Ibáñez, 2012), que analisa tanto os fatores de risco como os de proteção baseando-se no modelo ecológico referenciado pela ONU relativamente à saúde e à violência (Krug *et al.*, 2003, cit.

Gracia Ibáñez, 2012). Neste estudo são avaliados os níveis individual, familiar, institucional, comunitário e social, nos quais são analisados os diferentes fatores protetores e de risco. Importa realçar os resultados obtidos respeitantes aos fatores protetores em cada nível, à exceção do institucional, cuja problemática dos abusos se refere exclusivamente aos cometidos em lares e instituições.

No nível individual, cujo enfoque são os fatores pessoais e biológicos, foram considerados como fatores protetores: personalidade assertiva, conhecimento dos seus direitos, a existência de apoio familiar, de amigos e de uma rede social e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar o problema, que podem ir desde estratégias para evitar o isolamento, como fazer voluntariado, a qualquer atividade que promova a autonomia do idoso.

No âmbito familiar, o maior fator protetor é a existência de uma família que apoia o idoso, principalmente se este precisar de cuidados, a existência de familiares que assumam o papel de cuidador e que prestem os cuidados de que o idoso necessita.

Ao nível comunitário, realçamos como fatores de proteção: a existência e inclusão em pequenas comunidades, a acessibilidade a serviços geriátricos, incluindo urgências, e o intercâmbio de informação entre as instituições acerca dos idosos que podem estar em situações de risco.

No contexto social, o entendimento público do processo de envelhecimento e das suas consequências, a utilização de uma forma adequada de tratamento e respeito dos idosos e um conhecimento das suas necessidades financeiras por parte dos órgãos do poder, destacam-se como fatores protetores no âmbito dos maus tratos aos idosos.

Por outro lado, o conhecimento dos fatores de risco surge como um grande auxílio para orientar a investigação desta realidade, na ausência de sinais evidentes de abuso. Se se verificarem sinais ou sintomas suspeitos, deve tentar-se, por rotina, saber se o abuso ou a negligência representam algum papel no seu aparecimento ou desenvolvimento e, se for este o caso, qual o grau em que foi exercido. Porém, na ausência destes, deve investigar-se a presença de fatores de risco e desenvolver a avaliação através de uma exploração aprofundada e sensível dos mesmos (Ferreira-Alves, 2004).

Neste âmbito, Wolf e Pillemer (1989, cit. Dias, 2005), apontam cinco perspetivas teóricas que identificam os fatores de risco: a Teoria das Dinâmicas Intra-individuais, a Teoria da Transmissão Intergeracional, a Teoria das Relações de Troca e Dependência, a Teoria do Stress e a Teoria do Isolamento Social.

A Teoria das Dinâmicas Intra-individuais considera que as pessoas idosas que estão sob o cuidado ou vivem com familiares que manifestem problemas mentais, emocionais ou outras psicopatologias, ou quando há comportamentos aditivos, estão mais sujeitas a serem vítimas de abusos. Buttler (1999, cit. Ferreira-Alves, 2004) considera como fator de risco principal, a coabitação do idoso com um membro da família, principalmente se este assumir todo o controlo da sua situação de cuidados e saúde. Realce-se que a não autonomia do idoso (ou seja, a sua dependência), quando confrontada com um cuidador não autónomo (por exemplo, por comportamentos aditivos), pode gerar uma confluência negativa de dependências.

A perspetiva da Transmissão Intergeracional do comportamento violento alega que a exposição à violência durante a infância, a vitimação própria durante este período e um modelo de família em que existe a prática de maus-tratos sobre os membros mais velhos, são experiências que conduzem à aprendizagem deste tipo de comportamentos e a sua reprodução na vida adulta.

A Teoria da Relações de Troca e Dependência assume que são fatores de risco de violência a dependência elevada dos idosos relativamente à prestação de cuidados por parte dos familiares (sobretudo cônjuges e filhos), mas também a dependência destes em relação às prestações financeiras relativas às reformas. Esta perspetiva tem encontrado bastante sustentação empírica. Existem casos em que os perpetradores de abuso são mais dependentes dos idosos do que ao contrário (habitação, apoios financeiros, etc.).

O stress vivenciado pelos indivíduos no exterior (vida profissional, social, etc.) da sua família, é um fator de risco para as pessoas idosas. Problemas como o desemprego, relações amorosas frustradas, entre outras, podem ser causadoras de stress e de comportamentos violentos nos indivíduos. E, não esqueçamos: por vezes, os abusos e maus tratos sobre idosos são a réplica que os cuidadores praticam, como vingança, após décadas em que suportaram maus tratos e abusos enquanto crianças ou adolescentes.

Por fim, o Isolamento Social é um fator de risco para as pessoas idosas. Esta é uma variável muito frequente nos idosos vítimas de violência física. Neste contexto, o isolamento social deve ser combatido como prevenção da violência. A presença de indivíduos (por exemplo, psicólogos, profissionais de serviço social, enfermeiros, etc.) externos à família reduz a prática de abusos sobre os idosos. As redes sociais de apoio terão aqui um papel muito importante, podendo vigiar, controlar e denunciar situações de abuso. “O apoio comunitário, a

integração na rede alargada das relações de parentesco e de vizinhança surgem assim como medidas inibidoras da prática de abusos sobre os idosos na família” (Dias, 2005, p.265).

Sendo ainda recente a investigação nesta área, estas teorias não apresentam uma forte sustentação empírica, mas indicam-nos alguns dos fatores de risco associados aos idosos. Para além destes, podemos destacar vários outros.

Numa perspetiva médica, Hirsch (2001), defende os já descritos e acresce como fatores de risco: o ambiente sociocultural, como uma habitação inadequada; a existência de sanções, contra a procura de ajuda fora da família; e a personalidade exigente do idoso.

Wolf (1998, cit. Ferreira-Alves, 2004), além dos enunciados anteriormente, aponta como fator de risco o estado físico e cognitivo do idoso, que se relaciona mais estritamente com a negligência do que com outros tipos de maus-tratos.

Alguns estudos realizados neste âmbito apontam no sentido em que uma pessoa com doença de Alzheimer tem 2,25 vezes mais probabilidade de ser vítima de abuso do que qualquer outro idoso que viva na comunidade (Ferreira-Alves, 2004)

Nesta perspetiva, um estudo realizado por Cooney & Mortimer (1995), chegou a conclusões importantes acerca dos cuidadores, nomeadamente no que respeita à relação cuidador-idoso: verificou-se que os cuidadores que mais exerciam o abuso verbal e a negligência tinham uma relação de baixa qualidade com a vítima, anteriormente ao aparecimento da demência. O mesmo estudo evidenciou o facto de que os cuidadores que exerciam abuso físico eram cuidadores com um tempo de cuidado significativamente mais elevado do que os que praticavam abuso (7,9 anos contra 5,1 anos) e os que praticavam abuso verbal consideravam-se mais isolados do que os não abusadores.

De acordo com um estudo realizado por Ferreira-Alves & Sousa (2005), com o intuito de recolher indicadores de maus tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência numa amostra de 82 idosos (18 do sexo masculino e 64 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 63 e os 88 anos, da população da cidade de Braga: a negligência, o abuso emocional e o financeiro encontram-se significativamente relacionados com a perceção do estado de saúde (quanto pior a perceção do estado de saúde, maior o número de indícios de abuso existente); o abuso físico e emocional encontra-se associado à idade (quanto maior a idade mais indícios deste tipo de abuso); e a negligência aparece associada ao género (as mulheres apresentam mais indícios de negligência do que os homens).

Num outro campo de investigação, Ramsey-Klawnsnik (2000, cit. Ferreira-Alves, 2004), identificaram uma tipologia de abusadores baseados no seu tipo de personalidade, distinguindo 5 tipos:

- Os stressados: quando a carga de trabalho e de responsabilidade é superior à capacidade do cuidador, ele pode tornar-se um abusador episódico;
- Os limitados: estes cuidadores padecem de algum tipo de limitação ou deficiência, praticando maus-tratos sobretudo na forma de negligência, mas podendo igualmente recorrer ao abuso psicológico ou físico, crónico ou intermitente, consoante o seu tipo de doença;
- Os narcisistas: exercem principalmente a exploração financeira e a negligência de forma crónica e eventualmente escalada;
- Os dominadores: os maus-tratos tendem a ser crónicos e são um dos dois tipos de cuidadores que as vítimas mais temem;
- Os sádicos: à semelhança dos anteriores, são um dos dois tipos que as vítimas mais temem e os maus-tratos tendem a ser crónicos.

A análise das personalidades dos perpetradores permite aos autores enquadrar as diversas tipologias nas teorias existentes, auxiliando a análise da situação de abuso (Borrvalho, 2010).

Abordaremos agora os resultados de inúmeros estudos realizados nas últimas décadas, acerca das características das vítimas e dos agressores (APAV, 2010).

Como características principais das vítimas destacamos que: são principalmente mulheres; são sobretudo mulheres viúvas e casadas (no casamento ou relação similar a violência esteve desde o início da relação); têm qualquer estado de saúde (os idosos com demência são mais vulneráveis, mas isso não significa que não ocorram maus-tratos em idosos saudáveis); têm qualquer idade; têm comportamentos aditivos (o que não significa que só os idosos com comportamentos aditivos sejam vítimas; uma das substâncias aditivas mais utilizadas por esta população é o álcool); vivem com a família; encontram-se deprimidas ou emocionalmente vulneráveis; sofrem de perturbações comportamentais (por exemplo, alguns doentes de Alzheimer podem apresentar comportamentos agressivos); vivem em situação de dependência; e vivem socialmente isoladas.

Relativamente aos agressores, podemos destacar as seguintes características (APAV, 2010): têm comportamentos aditivos (embora nem todos os agressores os tenham); sofrem de perturbações mentais/problemas do foro psicológico (esta característica não é comum a todos os agressores e, quando aplicada indistintamente, serve muitas vezes para a desculpabilização

destes); têm falta de experiência e/ou formação na prestação de cuidados (muitos dos agressores apresentam esta característica); apresentam alguma resistência em assumir a responsabilidade de prestar cuidados (muitos familiares apresentam esta característica); têm histórias pessoais de violência; sofrem de sobrecarga de responsabilidade e de stress; são dependentes das pessoas idosas; sofrem de demências; apresentam determinados traços de personalidade facilitadores de violência (por exemplo, pessoas que fazem críticas constantes em relação aos outros, que apresentam atitudes antipáticas relativamente aos outros e às suas necessidades, pessoas que culpabilizam os outros pelas suas dificuldades próprias ou por problemas que surjam durante a prestação de cuidados, etc.); e que têm falta de apoio (ausência de familiares, amigos, vizinhos ou profissionais que possam auxiliar na prestação de cuidados).

O agressor mais comum do idoso vítima de violência doméstica é o descendente que lhe presta cuidados e que vive com ele ou na área circundante (filho ou filha). Por outro lado, nas instituições os agressores são na sua maioria mulheres, que apresentam um elevado grau de stress no trabalho e cujo rendimento é baixo, o que resulta numa maior frustração profissional nada auspiciosa para ao trabalho como cuidador das pessoas acolhidas. Não obstante, as suas características são idênticas às dos agressores no contexto doméstico (APAV, 2010).

Numa outra vertente, realçamos os estudos efetuados por Kleinschmidt (1997) e Rey & Browne (2001, cit. Gonçalves, 2006) que, salvaguardando a relação cuidador-idoso, embora esta seja stressante, destacam que só se torna violenta quando o cuidador se isola do meio social, quando este sofre de problemas psiquiátricos ou depressão, quando os laços afetivos com o idoso são fracos, ou quando existem antecedentes de violência por parte do idoso sobre o cuidador.

Para finalizar, destacamos a especial atenção dada por Caldas (2002) ao processo de sofrimento dos prestadores de cuidados que, conseguem cuidar dos idosos, muitas vezes sem apoio e com dificuldade, tendo que fazer adaptações na sua vida, o que provoca, para além dos custos materiais, desgaste físico e mental.

“Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas.” (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005)

A condição de ser idoso resulta da sequência das histórias de vida e dos diversos padrões de comportamentos e contextos. A forma como se envelhece dá origem a idosos bem-sucedidos e ativos, bem como a idosos incapazes, cuja doença e o contexto onde vivem

limitam a sua autonomia. O facto de o processo de envelhecimento ser tão complexo e os seus resultados tão heterogéneos, reflete-se tanto ao nível da qualidade de vida, como de outros indicadores psicossociais. Não obstante, existem aspetos que adquirem um contorno recorrente e transversal à vivência das pessoas mais velhas, como é o sentimento de solidão, mais comumente partilhado apesar da singularidade de cada experiência individual (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

O envelhecimento da população agravou-se na última década como podemos assistir através das características demográficas da população. No último censo populacional (INE, 2011), cerca de 19% (2,023 milhões) da população portuguesa tem 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 esta população aumentou cerca de 19,4%, sendo as regiões mais envelhecidas o Alentejo e Centro, com uma percentagem da população com 65 ou mais anos, aproximadamente de 24,3% e 22,5%, respetivamente. Neste grupo etário verifica-se a preponderância das mulheres, com a percentagem de 11% face a 8% de homens.

Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Na população idosa, 60% vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas igualmente idosas (804 577), demonstrando um aumento de 29% deste fenómeno ao longo da última década. As percentagens de idosos que vivem sós são mais elevada nas regiões de Lisboa (22%), Alentejo (22%) e Algarve (21%), e mais baixas nas regiões Norte e Região Autónoma dos Açores, com 17% cada (INE, 2011).

As mudanças observadas e as diferenças que se verificam de região para região do país resultam de fatores como o aumento da esperança média de vida, a desertificação e transformação do papel da família nas sociedades modernas.

Quando falamos de envelhecimento da população, inúmeros receios se apresentam. O isolamento familiar e a solidão são um deles. De acordo com os dados que apresentámos anteriormente, Portugal apresenta uma significativa parcela de agregados familiares constituídos por uma única pessoa com 65 ou mais anos. Acontecimentos como a morte do cônjuge, ou de familiares e amigos, agregados, não raras vezes a grandes distâncias físicas entre membros de uma mesma família, são alguns dos fatores que levam a este fenómeno. Este sentimento de isolamento não é exclusivo de quem vive em zonas rurais, especialmente despovoadas, mas também dos idosos que vivem nas cidades. Estes últimos deparam-se com outros fatores de que resulta o isolamento, como a residência em prédios antigos (degradados e difícil acesso), o anonimato ou a distância dos filhos ou restante família (Rosa, 2012).

Com o avançar da idade, a maioria das pessoas idosas reduz a sua participação na comunidade e diminui as relações sociais. O sentimento de solidão surge como consequência relacionada com a diminuição das redes sociais. Este encontra-se estritamente relacionado com o isolamento social e o viver só (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Pais (2007), na sua conceção de solidão, sugere que esta se baseia nas trocas afetivas e que é determinada por dois fatores de variabilidade convergente: o relacionamento e o isolamento. É neste campo que se gera a solidão.

“(…), se não houvesse a necessidade do outro não haveria lugar ao isolamento que se reveste de solidão. Ninguém se sente em solidão se não sente a necessidade da presença do outro. É esta a face mais insuportável da solidão vivida por alguns idosos, ao constatarem que deixaram de ter significado para os outros.” (Pais, 2007, p.4)

Klein (1991, cit. Pinhel, 2011.) afirma que a solidão está relacionada com o envelhecimento e corresponde a uma ânsia constante por um estado interior perfeito completo e inalcançável, o que resulta num sentimento de falta de esperança e numa vida ausente de lógica e interesse.

Neto (2000), refere que a solidão é uma experiência comum e emerge num sentimento doloroso que surge quando não há concordância entre o tipo de relações sociais que gostaríamos de ter com as que realmente temos. Embora, o significado de solidão seja quase intuitivo e intrínseco, uma vez que praticamente toda a gente sabe dar uma resposta acerca do que é a solidão, era errado afirmar que o significado de solidão é igual para todos. Este autor sublinha a diferença entre a solidão social e a solidão emocional.

Weiss (1973, cit. Neto, 2000) enfatiza que a solidão social surge quando a pessoa sente a ausência de pertença à comunidade ou de criar laços sociais, enquanto a solidão emocional resulta da falta de relações íntimas e pessoais. A primeira provoca no indivíduo que a experiencia sentimentos de aborrecimento, rejeição e não-aceitação.

Russel (1984, cit. Neto, 2000), reafirma estes conceitos, reconhecendo que a solidão social está relacionada com falta de relações de amizade e a solidão emocional com a necessidade de um companheiro(a) com quem se estabeleça uma relação íntima e pessoal. Todavia, ambas têm em comum o sofrimento que causam à pessoa e a exclusão para que a remetem.

Segundo Paúl (1991), a viuvez é uma das principais causas de solidão, já que se perde uma relação que era íntima. Frequentemente, as pessoas viúvas isolam-se durante o processo de adaptação doloroso à sua nova condição.

A solidão dos idosos resulta, geralmente, de outros fatores para além da viuvez: a saída dos filhos de casa e a redução da convivência com estes, a passagem à reforma, a perda de contextos efetivos e espaciais que serviam de referências espaciotemporais e vitais do sujeito, o isolamento geracional, das mudanças culturais e da natureza dos acontecimentos sociais. Por outro lado, o isolamento individual surge com a incerteza das condições económicas, redução dos amigos e dos entes queridos, da saúde e, principalmente, a perceção do próprio corpo como um entrave. (Osório & Pinto, 2007).

Os tipos de isolamento até aqui referidos explicam e definem a solidão como um dos problemas principais da velhice.

Um inquérito realizado por Rubenstein e Shaver (1982, cit. Neto, 2000), permitiu que se concluísse que existem quatro conjuntos de sentimentos comuns às pessoas que se encontram sozinhas: a depressão, o desespero, o aborrecimento impaciente e a auto depreciação. Estes resultados demonstram a complexidade associada a este conceito.

Cada ser humano vive a solidão de forma única. Mas existem sentimentos transversais que podemos encontrar na maioria das pessoas quando sozinhas, como a angústia, a insatisfação com a vida, chegando mesmo a sentirem-se excluídos da sociedade devido à extrema solidão em que se encontram (Neto, 2000).

Mesmo estabelecendo laços afetivos, permanece nos idosos o sentimento de solidão devido à perda do companheiro de uma vida. Afastam-se das amizades antigas, muitas na mesma situação, já que deixam de realizar as atividades que faziam com o cônjuge. Esta situação leva ao isolamento social e ao desenvolvimento de sentimentos de solidão (Ussel, 2001).

“Às vezes a solidão é tanto mais solitária quanto mais povoada de memórias” (Pais, 2007, p. 6)

Num estudo efetuado por Pais (2007), alguns dos idosos entrevistados “olham para o passado, fazem balanços de vida e lamentam os rumos que a vida tomou” (p.6).

Resumindo, a solidão engloba desejo do passado, decepção com o presente e dúvida e incertezas sobre o futuro.

O instrumento mais utilizado para avaliar a solidão é a Escala de Solidão da UCLA. A adaptação portuguesa apresenta 18 itens, uma boa consistência interna e as relações entre as

pontuações da escala e as auto-avaliações da solidão contemporânea demonstram a validade da mesma (Neto, 2000).

Por outro lado, Ussel (2001) realça que com o tempo as pessoas se adaptam à sua nova vida, acabando por ultrapassar sentimentos de impotência perante este acontecimento, facilitando o combate a uma possível depressão ou situação de solidão. Todavia, existem pessoas que não aceitam e ultrapassam este acontecimento, vendo a vida como terminada e vivendo-a em sofrimento.

Existem vários fatores que:

“contribuem para a solidão, como o saber lidar com as recordações, a saudade do cônjuge e dos momentos mais íntimos com ele, depressão, aborrecimento com a vida acompanhado por pensamentos negativos, o sentimento de incerteza da sua vida futura. Tudo isto quando mal gerido pode culminar no suicídio, o voltar a um lar solitário ao fim do dia, os medos durante a noite e a falta de recursos de distração durante o dia.”
(Ussel, 2001, p.105)

Assim, não podemos menosprezar a relação que parece existir entre isolamento, depressão e suicídio.

Em geral, a taxa de suicídio aumenta com a idade. Depende da especificidade de cada idoso, associada à sua hereditariedade e meio, que se relacionam com outros fatores como o género (suicidam-se mais homens), raça e religião. (Barros de Oliveira, 2010).

Embora diversos estudos evidenciem como causas fundamentais para o suicídio as psicoses maníaco-depressivas e a demência, existem outras causas como a reforma (há mais suicídios entre os reformados), carências económicas, a solidão e a perda de algum ente querido, entre outras mais ou menos graves (Barros de Oliveira, 2010).

Dos casos de suicídios em idosos, 60% a 80% estão associados à depressão, perturbação psiquiátrica mais frequente na população idosa.

De acordo com Marques & Ramalheira, (2006), como principais fatores de risco associados ao suicídio no idoso, encontram-se: o sexo masculino; as perdas cumulativas; o alcoolismo (representa cerca de 30%); a solidão; o desespero e a angústia; e o acesso a recursos mortais.

Destes, destacamos a solidão. Uma adequada interação social, o auxílio na concretização das atividades diárias e a existência de um confidente, funcionam como fatores protetores do suicídio. (Marques & Ramalheira, 2006).

Segundo os mesmos autores, a estratégia mais eficaz para prevenção do suicídio é a identificação precoce e o tratamento concreto da depressão nos idosos ao nível dos cuidados de saúde primários.

Por norma, apresentam um risco acrescido de suicídio para todos os idosos que evidenciam depressão e que vivem sós, com um apoio social escasso (principalmente se neles forem identificados comportamentos de ideação suicida, insónia, desespero, agitação psicomotora e queixas somáticas persistentes), sendo necessário um acompanhamento destes idosos ao longo do tempo (Marques & Ramalheira, 2006).

Como referimos anteriormente, a vivência de solidão pode resultar da dor emocional pela perda de um ente querido, de um sentimento de exclusão ou da carência de laços sociais.

Relativamente ao isolamento, este remete para o afastamento que tanto pode ser físico (pessoa que vive afastada de algo ou alguém) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que se sente só e perdido) (Maia, 2002).

Para Durkheim (1978, cit. Xiberras, 1993), as características que religam os indivíduos entre si permitem simultaneamente ligar cada indivíduo a coletividade. Quando estes laços se perdem, ou se rompem, o indivíduo pode entrar num processo de exclusão.

Os tipos mais vinculados do processo de exclusão assentam na rejeição para fora das representações normativas da sociedade moderna avançada (Xiberras, 1993).

Tomando em consideração a revisão teórica feita anteriormente, podemos afirmar que a população idosa, não correspondendo às imagens e aos padrões da sociedade atual, se encontra à margem, constituindo um segmento de exclusão.

Xiberras (1993) realça que para definir a exclusão é essencial identificar o contexto e o espaço de referência que leva à rejeição e as diversas formas através das quais esta exclusão se produz.

Desde sempre, e em todas as fases de desenvolvimento das civilizações, a exclusão social surge como uma forma de lidar com a realidade, autónoma das limitações político institucionais, sócio económicas e históricas e culturais que demarcam cada época do percurso da humanidade, conferindo-lhe uma função seriadora e segregacionista. Excluir significa, não raras vezes, um exercício do Poder, utilizando os seus titulares ou as armas da lei do mais forte ou as leis (Poiars, 2004).

Tendencialmente a exclusão é vista como algo de dramático, violento e agressivo, não tanto pelos atores que dela fazem parte, mas pela totalidade e individualidade de cada membro do grupo social. Instala-se o medo desorientador da pacificidade social, que se

mostra indiferente, enfadada na aparente tranquilidade do conformismo e do fatalismo. “ O excluído é uma desgraça visível, que agita a discreta adesão dos outros às normações e que põe em causa a ordem e a disciplina sociais.” (Poiães, 2004).

Ao nível político o problema é visto como de inserção, embora abarque a noção de exclusão de uma forma contrária, mas sem dúvida, mais sintética. Surge assim uma política de inserção destinada à população dos excluídos. Este fenómeno, enquanto acontecimento profissional, a inserção profissional, ou acontecimento social, a inserção social, não se dirige unicamente à população dos excluídos, mas presume ainda um papel por parte dos atores que constituem o domínio ou campo da inserção social aqui considerado como económico ou social (Xiberras, 1993).

Representando os idosos uma parcela significativa da população enquadrada na dinâmica de exclusão, tornou-se essencial a emergência de políticas de inserção social dirigidas a este grupo.

Neste sentido, a velhice, ao tornar-se um problema social, passou a ser motivo de interesse, mobilizando pessoas, meios e atenções suficiente para encontrar soluções que colmassem as suas necessidades e integração.

O desenvolvimento das relações intergeracionais, assim como a produção e institucionalização de medidas dirigidas para a velhice, deu origem a políticas que correspondem ao “conjunto das intervenções públicas ou ações coletivas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade.” (Guillemard, 1972 cit. Correia, 2003).

As mudanças existentes na família, ao longo do tempo, que deixou de ter a importância que teve outrora na transmissão de capital e perdeu a intensidade dos laços intergeracionais, contribuíram para que fosse transferida dos filhos para a sociedade a obrigação da assistência aos idosos. Passam então para a esfera social os problemas com a população idosa, deixando a esfera familiar. Descola-se para o domínio do Estado, o que até então tinha sido do âmbito privado, a gestão dos encargos com os idosos, surgindo a “política social” (Correia, 2003).

A evolução das políticas sociais está dependente de diferentes condicionantes: umas de carácter mais estrutural e outras de carácter mais político e ideológico.

No primeiro caso, os acontecimentos fundamentais são o aumento demográfico de pessoas mais velhas e as modificações laborais que estão a acontecer. Neste âmbito, importa destacar um grupo de pessoas mais velhas (que se encontram entre os 40 e os 65 anos, com

especial ênfase às que têm mais de 50 anos), cujas taxas de atividade laborais estão em queda, o que provoca uma saída prematura do mercado de trabalho por várias razões (fusões de empresas, deslocação para países onde a mão de obra é mais barata, etc.). O desemprego de longa duração nestes seguimentos etários conduz mais rapidamente à exclusão, ao envelhecimento, por perda de objeto de investimento, e às patologias – psicológicas, físicas, sociais - fruto de um sistema e de um modo de produção que, como referiu o Papa Francisco matam.

No segundo caso, os acontecimentos fundamentais estão associados a questões de caráter político e ideológico. De acordo com Rodríguez Cabrero (1997, cit. Osório & Pinto, 2007), existem dois modelos de abordagem das políticas sociais dirigidas às pessoas idosas: o modelo ideológico, baseado no âmbito do alarmismo resultante dos dados estatísticos que nos são fornecidos diariamente; e o modelo sócio-histórico, que encara os idosos numa construção social, ou seja, não é somente o processo natural de envelhecimento, mas é um grupo constituído por uma vasta diversidade que está socialmente estruturada e aberta à mudança.

Resultantes do primeiro pressuposto, definem-se as políticas sociais de exclusão assentes na inflexibilidade da reforma, na institucionalização, nas políticas de rendimentos e subsistência e na aplicação de intervenções com pouca integração. Do segundo pressuposto, instauram-se políticas de integração focadas na autonomia e numa reforma flexível, assegurando níveis de rendimentos adequados à necessidade (Osório & Pinto, 2007).

Na sociedade atual pós-industrial, é urgente caminhar para um *modelo societário*. As bases das políticas sociais convertem-se numa atenção especial à pessoa como tal, nas suas conjunturas e estilos de vida. A minimização dos riscos é assegurada por novas interações e combinações de recursos produzidos pelo Estado, pelo mercado e no âmbito de solidariedade associativa (terceiro fator) e primária (família e redes informais). Neste contexto, o estado tem como função reduzir a sua intervenção na gestão direta, adotando o papel de coordenador geral e guia relacional. A expansão da cidadania assume um papel inclusivo, universal, que considera as condições de vida (idade, género, estrutura familiar, etc.) e não se reduzem apenas ao contexto do mercado de trabalho (Osório & Pinto, 2007).

Em suma, as políticas sociais devem enveredar por uma maior inclusão da população ao abrigo de um sistema de segurança social que considere protagonistas (ao invés de destinatários passivos) de medidas que tenham em atenção as exigências de personalização das ajudas e a humanização das prestações de cuidados (Osório & Pinto, 2007).

No âmbito que mais nos interessa, a população idosa, as políticas sociais devem encaminhar-se no sentido da adaptação ou transformação no que corresponde à prática do ócio, da importância da formação, de uma visão desprovida de estereótipos sociais negativos (falta de assistência, afastamento, privação, etc.) e muito mais direcionada para a participação, para o ócio ativo, o interesse pela formação e o compromisso social (Osório & Pinto, 2007).

Esta política social ficou marcada por inúmeros acontecimentos internacionais, a partir da década de Setenta, aquando do surgimento das primeiras tendências do envelhecimento. Na *II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento*, realizada em Madrid (2002), o tema principal foi “*uma sociedade para todas as idades*”, conceito formulado primeiramente no Ano Internacional dos Idosos (1999), que considera quatro dimensões: o desenvolvimento individual durante toda a vida; a necessidade de promover as relações intergeracionais; a relação recíproca entre o envelhecimento e o desenvolvimento; e a situação das pessoas idosas (Osório & Pinto, 2007).

Fazendo uma análise sumária sobre as “políticas da velhice” em Portugal, verificamos que “até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica, pelo que a proteção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente” (Quaresma, 1998).

Só em 1969 é que os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno de envelhecimento da população e a política de velhice começa a ter importância (Gomes, 2000 cit. Martins, 2006).

Em 1971, surge o serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, que se viria a dedicar ao estudo e à procura de soluções para os problemas da população idosa.

Em 1976, com as alterações políticas em Portugal consagrou-se o direito à Segurança Social, substituindo-se a Assistência Social pela Ação Social, que engloba todas as ações desenvolvidas por meio de serviços e equipamentos sociais de apoio individual e familiar, assim como intervenção comunitária, que incluem o antigo sistema de assistência social (Martins, 2006).

O aumento da procura, bem como as transformações no quadro da política social refletiram-se na expansão da rede de instituições de alojamento para idosos, já que em simultâneo com as alterações políticas decorriam alterações no tecido e contexto social. Surge então uma ação social que maioritariamente funciona através de instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, através de protocolos de cooperação (Neves, 1998 cit. Martins, 2006).

No caso dos idosos, as estruturas de apoio implementadas foram: Lares de Idosos, Centros de Dia, Centros de Convívio e Centros de Noite.

De acordo com Martins (2006) e Vaz (1998), embora as respostas sociais muitas vezes não consigam corresponder ao que era espectável, denota-se uma preocupação crescente em implementar respostas inovadoras. Destas destacamos: o apoio domiciliário, as famílias de acolhimento para idosos, o serviço refeições, o turismo sénior e o termalismo.

O apoio domiciliário baseia-se na prestação de cuidados, por ajudantes ou familiares no domicílio dos utentes, quando estes se encontram incapazes de garantir temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e\ou a realização das suas atividades diárias. Este tipo de apoio é muito procurado porque possibilita um serviço de proximidade com os cuidados individualizados e personalizados, onde é preservada a família e a casa que são uma referência de extrema importância para o idoso e para a sua identidade social. É de extrema importância o papel da psicologia neste tipo de serviço, uma vez que o psicólogo, com conhecimentos na área da psicologia do idoso e do envelhecimento, possibilita a melhor compreensão das necessidades afetivas da pessoa idosa, poderá explicar algum comportamento mais confuso que se possa verificar e permite a criação de relações humanas de qualidade, para além de identificar possíveis situações de patologias típicas desta faixa etária.

“(…)Para se intervir de uma forma eficaz com o idoso, o psicólogo não deverá centrar-se apenas na patologia e nos aspetos relativos à personalidade, mas sim, ter uma visão global e abrangente da pessoa e das redes de suporte social e familiar, de forma a poder salientar e trabalhar os aspetos positivos” (Grilo, 2012, p.4).

Neste sentido, importa ao psicólogo compreender toda a abrangência daquela pessoa e todas as situações para que as respostas criadas pela equipa do serviço de apoio domiciliário sejam adequadas às suas necessidades, permitindo-lhe uma maior independência e autonomia. Com esta visão mais global do indivíduo, o papel do psicólogo na equipa poderá também surgir como facilitador na comunicação entre a pessoa idosa, a equipa e os familiares já que, não raras vezes, os profissionais de saúde tendem a ter uma visão muito objetiva do indivíduo e as famílias nem sempre compreendem determinados comportamentos, o que torna difícil a comunicação.

As famílias de acolhimento (ou acolhimento familiar) consistem em integrar, de forma temporária ou permanente, os idosos em famílias consideradas idóneas e tecnicamente

enquadradas quando se verifica a ausência de respostas sociais eficazes que garantam o apoio adequado à manutenção no seu domicílio ou quando estes não têm família natural ou, no caso de ela existir, não reúne condições que proporcionem um bom desempenho das suas funções.

O turismo sénior e as colónias de férias constituem apoios sociais que englobam uma séria de atividades para colmatar as necessidades de lazer e quebrar a rotina, permitindo ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social.

O termalismo é uma medida que tem como objetivo proporcionar aos idosos em férias tratamentos naturais, diminuindo desta forma o consumo de medicamentos. Possibilita a deslocação temporária da sua residência habitual, facilitando o contacto com um meio social diferente e fomentando a troca de experiências, diminuindo o tão comum isolamento social.

“ Uma estratégia para o virar do século” (documento do Ministério da Saúde) apresenta um conjunto de prioridades e medidas que é urgente por em prática de forma a assegurar melhorias para superar os problemas com que o sistema de saúde se defronta. É aqui realçado que para o idoso é essencial garantir um espaço de autonomia apoio e proteção que dê “vida aos anos” e prevenir os acidentes e os maus tratos (Carvalho & Pinho, 2006).

A promoção do desenvolvimento de cuidados no domicílio e o adequado acompanhamento de situações e problemas de saúde da comunidade colmatando a frequente institucionalização dos cuidados de saúde primários e a massificação no atendimento, são outros dos objetivos a alcançar.

Neste sentido, passamos a enumerar alguns dos programas de apoio a idosos com maior destaque.

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) é um Programa de Inserção Social que apresenta como objetivos: promover a autonomia das pessoas idosas e/ou pessoas com dependência, preferencialmente no seu meio de vida habitual; criar medidas com o intuito de melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços; desenvolver respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência, principalmente idosos; promover e dar suporte a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de familiares, voluntários, profissionais e outros elementos da comunidade, bem como criar estratégias preventivas do isolamento e da exclusão. Assim, fomenta-se a solidariedade intergeracional, possibilitando a existência de uma sociedade para todas as idades, desenvolvendo respostas inovadoras e integradas, promovendo as parcerias e proporcionando a criação de postos trabalho. Os seus destinatários são as pessoas com mais de 65 anos, famílias, vizinhos, voluntários, profissionais e comunidade em geral (Carvalho & Pinho, 2006).

Sousa & Figueiredo (2001, cit. Martín *et al.*, 2007) definem-no como “projeto inovador”, uma vez que não é uma medida concreta, mas um programa com diversas medidas teoricamente integradas e com competência para desenvolver convergências entre elas.

O PAII, promovido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e pelo Ministério da Saúde, abarca diversos projetos de apoio às pessoas idosas e suas famílias, nomeadamente: Serviço de Apoio Domiciliário – SAD (que se propõe a manutenção das pessoas idosas ou dependentes no seu ambiente de vida habitual); a Formação de Recursos Humanos – FORHUM (tem como destinatários os prestadores de cuidados, formando-os nestas funções); o Centro de Apoio a Dependentes – Centro Pluridisciplinar de Recursos – CAD (cujo o objetivo é a prevenção e reabilitação de pessoas com dependência); o Serviço Telealarme – STA (é possível a partir de um sistema de telecomunicações, acionando um botão de alarme, contactar rapidamente a rede social de apoio de cada pessoa, para mais eficazmente responder à necessidade de ajuda ou fazer o encaminhamento para o serviço adequado); os Passes Terceira Idade (permitindo uma maior flexibilidade horária nos transportes nas zonas urbana e suburbana de Lisboa e Porto, para maiores de 65 anos); e a Saúde e Termalismo Sénior.

O Projeto Recriar o Futuro, projeto nacional promovido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, cujo enfoque é a preparação para a reforma como uma etapa da vida e que apresenta uma perspetiva preventiva e de inclusão, que promove o desenvolvimento pessoal, social e empresarial. Os seus objetivos são: a melhoria das relações interpessoais como resultado da diminuição dos conflitos; o aumento da solidariedade interna e do conhecimento alargado e recíproco dos percursos profissionais, promovendo a fidelização dos colaboradores à empresa; o aumento da produtividade, como efeito do envolvimento e da satisfação dos quadros ao longo do percurso profissional; a contínua e sistemática adequação de funções e descoberta de capacidades colaterais ou residuais; a conservação da cultura organizacional, a partir do aproveitamento dos recursos humanos reformados na fase de integração e formação de novos elementos; o contexto de valorização dos colaboradores ao longo de todo o percurso individual; a rentabilização de trabalhadores experientes, diminuindo os custos na formação e integração de novos colegas; a valorização dos recursos humanos, além da cessação de atividade, nomeadamente, consultoria; o contributo para a conservação de um tecido social economicamente equilibrado e que assegure o retorno necessário ao desenvolvimento das estruturas empregadoras; a adaptação da empresa a novo tipo de relações de trabalho (ex: trabalho por objetivos vs tempo); a

gratificação e reconhecimento dos colaboradores que contribuíram para o desenvolvimento da entidade empregadora ao longo de todo o percurso profissional e a redução da despesa com o *marketing* da empresa.

A concretização destes objetivos leva a promoção do bem-estar e prevenção de problemas psicossociais, tais como a depressão, o isolamento ou os conflitos familiares e intergeracionais, permite aquisição de informação e apoio na construção de um projeto de vida integrado e um projeto de ocupação de tempo, fomenta a participação social e facilita o exercício da cidadania e da inclusão social, assim como proporciona uma melhor qualidade de vida após a reforma (Carvalho & Pinho, 2006).

O Cartão do Idoso (cartão 65) proporciona ao seu portador descontos na prestação de serviços ou na compra de bens em variados setores de atividade, desde produtos alimentares, a hotelaria e o turismo.

As pensões, podem ser atribuídas por dependência, por invalidez e por velhice, que se destinam, respetivamente a pensionistas que se encontram em situação de dependência (não autónomos na prática de atividades básicas para a manutenção da vida quotidiana), a qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 18 anos que apresente incapacidade permanente para qualquer profissão, e para aqueles que apresentem 65 ou mais anos e cujos rendimentos não ultrapassem os 30% do salário mínimo nacional.

Importa no entanto referir que, nos últimos anos, devido à crise económica que se tem feito sentir e com o intuito de reduzir a despesa da Segurança Social, estas pensões têm sido alvo de significativas reduções e de alterações na forma como é feito o seu cálculo. Estas medidas têm um impacto significativo na autonomia financeira dos idosos, já que muitos deles não chegam a auferir o necessário para abarcar as despesas básicas como alojamento, alimentação e saúde, aumentando a sua dependência e vulnerabilidade.

A linha do Cidadão Idoso tem como objetivo divulgar junto desta população informação acerca dos seus direitos e benefícios na área da saúde, segurança social, habitação, obrigações familiares, ação social, equipamentos e serviços, lazer, entre outros, contribuindo para que os idosos tenham uma participação mais ativa na vida e na sociedade, habilitando-os para o melhor exercício dos seus direitos. O tipo de utilizadores mais frequente deste serviço corresponde geralmente ao cidadão com baixos níveis educativos.

Ao desenvolver uma política de inserção social da velhice através da prestação de serviços, o Estado autentica um maior estatuto de cidadania à população idosa enquanto “cidadãos de terceira idade”, com os direitos que lhe cabem (Vaz, 1998).

O estudo acerca do envelhecimento sugere que a existência de uma rede social ativa, acessível, estável e integrada atua positivamente na saúde de um indivíduo (Figueiredo, 2007).

Para grande parte dos idosos a rede social é sinónimo de família. Não obstante, existe uma outra parte cuja rede social é constituída também por outro tipo de vínculos e, ainda há as que não contemplam nenhum elemento familiar na sua constituição, ou por não existência (idosos que nunca casaram ou não tiveram filhos, por exemplo) ou por afastamento e conflitos.

A dinâmica entre a rede social e a saúde funciona em dupla ação, ou seja, se por um lado a presença de uma rede social sólida preserva a saúde do indivíduo e esta conserva a rede social (*círculos virtuosos*), por outro, a rede é afetada negativamente pela presença de uma doença crónica no indivíduo, originando sua retração e redução, o que terá um impacto negativo sobre a saúde (*círculos viciosos*) (Sluzki, 1996, cit. Figueiredo, 2007).

Segundo Sluzki (1996) e Alarcão (1998), existem alguns processos que permitem compreender esta relação entre rede social e saúde, tais como: a importância da presença de figuras familiares em situações de stress; a atribuição de estatutos e papéis decorrentes das relações sociais, que ajudam a dar um sentido à vida; a forma como a rede atua como mecanismo de controlo sobre os cuidados que cada um deve ter consigo e com a sua saúde (ex. Estás pálido? Sentes-te bem?); e promoção de numerosas atividades pessoais que estão relacionadas positivamente com a saúde, como as rotinas alimentares, etc.

Convém definirmos o conceito de rede social. Esta reporta aos aspetos quantitativos e estruturais das relações humanas. Por outro lado, existe também a rede de suporte social, que se refere ao aspeto qualitativo do apoio percebido englobando a intensidade e a avaliação das relações com outras pessoas significativas (Monteiro & Neto, 2008).

As redes de apoio ou suporte informal englobam quer estruturas da vida social de uma pessoa (como a existência de laços familiares ou a pertença a um grupo) quer funções explícitas, instrumentais ou sócio afetivas, tais como o apoio emocional, informativo e de pertença. Quando se fala de apoio social abordamos, essencialmente três medidas: a integração social (frequência de contacto com os outros); o apoio recebido (quantidade de ajuda efetiva prestada por elementos da rede); e o apoio percebido (Paúl, 2005).

Relativamente ao apoio percebido, este concerne à crença de que os contactos significativos podem auxiliar em caso de necessidade, embora a experiência passada possa ou não reforçar essa crença (Krause, 2001 cit. Paúl, 2005). As medidas de apoio percebido

surgem como as que apresentam um maior efeito e consistência na saúde e no bem-estar dos idosos (Norris & Kaniasty, 1996 cit. Paúl, 2005).

Os sociólogos interessam-se mais pelas medidas de apoio estrutural, que correspondem à presença e relação entre os laços sociais, enquanto os psicólogos estão mais interessados nas medidas de apoio funcional, que avaliam as funções específicas que essas relações apresentam (Uchino, 2004 citado por Paúl, 2005).

É fundamental perceber como o apoio social se associa aos resultados do envelhecimento. A grande maioria das investigações, enquadram-se nos modelos de stress e demonstram o efeito das redes sociais na redução das consequências negativas do stress (Paúl & Fonseca, 2001).

Uchino (2004) citado por Paúl (2005), afirma que o apoio social, tanto o estrutural como o funcional, é preditor de todas as causas de mortalidade, mesmo que fatores como a idade, genro, estatuto socioeconómico e o estado inicial de saúde sejam fatores controlados. Segundo Rowe & Kahn (1998 cit. Paúl, 2005), existe um vasto número de investigações que demonstram que o apoio social é decisivo do envelhecimento bem-sucedido.

É importante considerar o efeito das redes sociais dos idosos não só no âmbito da saúde e da mortalidade mas também no próprio bem-estar psicológico e satisfação de vida. Se tomamos em consideração os idosos com incapacidade, a existência destas redes sociais de apoio apresentam um papel fulcral na manutenção dos idosos na comunidade. (Paúl, 2005)

Ao longo do ciclo de vida de um indivíduo as redes sociais são vastas e diversificadas, retratando o seu relacionamento interpessoal com o meio social.

De acordo com Godoy (2009), as necessidades de associação, que estão relacionadas com as necessidades dos indivíduos em termos sociais, apresentam-se logo a seguir às necessidades fisiológicas e de segurança, e são antecessoras das necessidades de estima e das necessidades auto-realização. As necessidades de associações incluem os relacionamentos que têm por base as emoções, já que os indivíduos necessitam de se sentir aceites e parte integrante de algo. Como exemplos destas necessidades, podemos referir a amizade e intimidade (amigos íntimos, mentores e confidentes), a convivência social (vários círculos de convivência), família, e organizações (grupos diversos). A ausência destes elementos torna os indivíduos mais propensos à solidão, à ansiedade e à depressão.

Litwark (1981, citado por Paúl, 2005) distingue entre as redes familiares e as redes de amigos. A primeira é “involuntária” e assenta no sentido de obrigação, enquanto a segunda é uma escolha voluntária, sendo que apresentam diferentes consequências na qualidade de

vida dos idosos. As redes de suporte de amigos e vizinhos demonstram efeitos potencialmente mais positivos.

No seu quotidiano, o indivíduo movimenta-se num sistema de redes, onde funcionam a rede social pessoal e os cruzamentos com outras redes. As classificações remetem-nos para a destriça de três níveis: uma rede primária, uma rede secundária composta por indivíduos que não se conhecem entre si mas que se encontram relacionados através da rede primária, e uma rede alargada relativa às ligações que podemos aceder por intermédio da rede secundária (Guadalupe, 2009).

A rede primária, onde se enquadram as redes de parentesco, amizade, companheirismo e vizinhança, tem como base os vínculos de natureza afetiva, podendo assumir uma carga positiva ou negativa. Confere-se a esta rede tanto a maior parte das funções de suporte social como o maior nível de conflitualidade. Por sua vez, a rede secundária objetiva responder às exigências de natureza funcional, e pode ser considerada formal (laços institucionais) ou informal (ausência do carácter oficial (Guadalupe, 2009).

As redes sociais tendem a alterar-se conforme existam mudanças nos contextos de trabalho, familiares, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a mudança de residência ou a passagem à reforma alteram intensamente a rede. Ao longo da vida, os pares morrem e os que sobrevivem ficam com menos amigos, as redes reestruturam-se ou deterioram-se, o que facilita que o idoso se mantenha na comunidade ou não. As redes de apoio informal assumem um papel essencial para garantir a autonomia, a autoavaliação positiva, uma melhor saúde mental e a satisfação da vida, características fundamentais para um envelhecimento ótimo (Paúl, 2005).

Desde o início da investigação sobre o envelhecimento que se defende a conservação de elevados níveis de afetividade, incluindo a participação e a manutenção das relações de parentesco e amizade, como fator fundamental para uma boa velhice.

A participação social é composta pela manutenção das relações sociais e pela execução de atividades produtivas. Destas derivam a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjetivo e a satisfação de viver (Freitas, 2011).

Segundo os estudos realizados por Paúl, Fonseca, Martin & Amado (2005), as redes de suporte social não se encontram significativamente relacionadas com a satisfação de vida dos idosos, mas encontram-se de forma evidente associadas à qualidade de vida, quer no seu todo quer em diversos contextos.

Existem teorias que procuram explicar a redução das relações sociais: a teoria da desvinculação sustenta a ideia que a diminuição da atividade social corresponde a um processo natural do indivíduo, assumindo um postura de desprendimento e despreocupação com os outros e uma maior preocupação consigo mesmo; a teoria da atividade defende que a manutenção do nível de atividades e vínculos sociais anteriores proporciona uma melhor adaptação do idoso ao envelhecimento; e a teoria da seletividade socio emocional afirma que as únicas relações afetadas com a idade são as de cariz secundário e superficial, enquanto as relações mais íntimas se mantêm (Freitas, 2011).

Como refere Paúl (2005), é essencial a existência de redes sociais para a qualidade de vida dos idosos, uma vez influenciam positivamente o seu bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, assim como a saúde e mortalidade. Nos idosos com incapacidades, a existência destas redes tem um papel fundamental (principalmente instrumental) na manutenção dos idosos na comunidade.

Assim, a população idosa é das mais afetadas quando se fala da ausência de um suporte relacional, resultado das mudanças ao nível da sociabilidade e do conseqüente isolamento a que muitos indivíduos estão expostos. Às redes sociais atribui-se um papel de extrema importância como efeito protetor para evitar o stress relacionado com o envelhecimento (Paúl, 2005).

Com a saída dos filhos de casa, muitas vezes para longe, não é raro a quebra na relação familiar, diminuindo o contacto entre pais e filhos devido à grande distância entre as residências e aos trabalhos exigentes de hoje em dia, que pouco espaço deixam para as relações sociais. A rotina de visitar os mais velhos vai-se perdendo, deixando-os à parte das rotinas familiares, alimentando o isolamento e o sentimento de solidão sentido por eles, que passam a contar com os vizinhos e amigos que estão ao seu redor. A falta de contacto com os netos e a pouca intervenção como avós influencia negativamente o seu bem-estar psicológico.

Neste contexto e tomando em conta a investigação disponível, os idosos terão as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes forem constituídas por familiares, embora apresentem uma maior satisfação com a vida se predominarem os amigos, sendo que a relação com um confidente assume um papel de extrema importância nesta categoria, superior à quantidade de interações existentes com a família e amigos. A quantidade de contactos não corresponde a bem-estar e a percepção de um mau suporte social poderá ser impulsor do desenvolvimento de sintomas neuróticos (Freitas, 2011)

Durante a vida, o sujeito constrói a sua rede social, cuja extensão vai derivar de fatores sócio-demográficos, culturais e de personalidade. Com o envelhecimento, as transformações na rede social surgem derivadas das mudanças do campo relacional ou como resposta às necessidades do indivíduo. Diversos estudos acerca da mudança na rede social mostram que se verifica um decréscimo no tamanho da rede, durante o processo de envelhecimento, resultante da perda de familiares e amigos. O surgimento da incapacidade torna fundamental a inclusão de familiares mais afastados (suporte social informal) na rede do indivíduo, ou seja, surge a urgência de ativação de fontes de ajuda em períodos de necessidade (Antonucci & Akiyama, 1987; Bowling, 1994; Stoller & Pugliesi, 1988, cit. Freitas, 2011).

Com o avanço da idade e com o início das alterações fisiológicas e psicológicas que decorrem durante o processo de envelhecimento, o idoso tende a viver uma vida social mais reduzida, limitando-se cada vez mais à família. Com efeito, esta assume um papel fulcral não só na sobrevivência do idoso, mas também no seu equilíbrio emocional (Martins, 2006).

No âmbito das ciências sociais e humanas, a palavra família é uma das mais utilizadas. Com um carácter polissémico, este conceito pode criar confusão uma vez que abrange “um leque de conteúdos que diferem consoante as circunstâncias do discurso e dos países” (Segalen, 1999, p.33, cit. Sousa, Patrão & Vicente, 2012). Podem ser considerados como manifestações do sistema familiar, a unidade conjugal, a rede alargada de familiares e o desenvolvimento dos grupos de parentela ao longo do ciclo de vida, já que todos eles caracterizam formas distintas e complementares de uma instituição que apresenta capacidade para exigir laços de lealdade e autoridade (Fuster & Ochoa, 2000 cit. Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Com a modernidade, a família deixa de ser perspectivada apenas no âmbito da família nuclear como resultado de um processo desenvolvimental. Parsons (1959, cit. Sousa, Patrão e Vicente, 2012) afirmava que as exigências de uma sociedade industrial não eram compatíveis com estrutura de família alargada, sendo a família nuclear isolada uma resposta adaptativa da família às limitações externas. Para este, a família apresentava principalmente duas funções: a socialização das crianças e o desenvolvimento e estabilidade do casal.

Existe a ideia, tanto a nível científico como do senso comum, que as famílias de antigamente eram numerosas e que foram convergindo gradualmente para a forma nuclear (Fuster & Ochoa, 2000, cit. Sousa, Patrão & Vicente, 2012). Contudo, a análise histórica

apresenta provas de que os grupos domésticos de família alargada nunca foram a norma (Wall, 2005).

Embora a evolução da família não tenha ocorrido como previsto pelos sociólogos e antropólogos do século passado, não podemos deixar de sublinhar o papel que inúmeros Estados e governos assumiram, como força dominante de moldagem dos processos de reprodução social, influenciando direta ou indiretamente a nuclearização da família e a habitação independente dos idosos (Cole & Durham, 2007 cit. Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Sampaio e Gameiro (1998), referem-se ao termo família como um conjunto de elementos ligados emocionalmente, de pelo menos três gerações, mas não só, também constituem a família outros elementos que não se encontram ligados por laços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo, distinguindo a família nuclear tradicional (pais e filhos), da família extensa (família alargada com várias gerações) e de elementos significativos (amigos, vizinhos, professores). Tendo em conta a atualidade, Relvas (2004) refere que o tipo de família dominante é a família multigeracional.

Bedford & Blieszner (2000, p. 218, cit. Sousa, Patrão & Vicente, 2012) defendem um conceito de família mais inclusivo dos elementos idosos, que reporta que “ a família é um conjunto de relações determinadas por laços biológicos, adoção, casamento e, algumas sociedades, designação social que pode existir mesmo na ausência de contacto ou envolvimento afetivo e, em alguns casos, após a morte de determinados membros”. Esta definição torna-se fundamental uma vez que reconhece como membros da família os mais velhos, as diferentes formas em que os idosos definem e executam as relações familiares, tendo em conta as tendências demográficas que dão origem a relações familiares inexistentes no passado.

A família tanto é capaz de resolver ou auxiliar na resolução de problemas de várias ordens (biopsicossociais, individuais ou coletivos) como também pode ser geradora de conflitos. Neste sentido, o desenvolvimento da família obtém – se através de esforços dos seus membros na execução de diversas tarefas nomeadamente: adaptação, proteção, participação, crescimento e suporte na afetividade (Nina & Paiva, 2001).

No processo de desenvolvimento familiar, as diferentes gerações da família tem que adaptar-se às diversas etapas da vida familiar, através de uma adequação contínua dos papéis, organização de pertenças e distâncias e estabelecimento de limites emocionais. As etapas de transição são frequentemente marcadas por sentimentos de perda, incerteza e ansiedade que

resultam do processo de adaptação, reorganização e consolidação da mudança (Carter & McGoldrick, 2005 cit. Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

Ao longo da vida ocupamos múltiplos papéis, o que significa que nos devemos ir preparando para os mesmos. Um desses papéis é o envelhecimento e a coabitação com os idosos (Martins, 2006).

À família têm sido atribuídas diversas funções. Por um lado, ajudar cada membro da família (Salutz, 1995 cit. Martins, 2006), o que consiste no apoio físico, financeiro, social e emocional, tão importantes para grande parte dos idosos. Por outro o estabelecimento de autonomia e independência para cada um dos seus membros, medida com grande destaque nos elementos idosos.

Como já vimos, é necessário que a família adote formas de adequação e novas estratégias de funcionamento perante o seu desenvolvimento. No último estágio da vida familiar, a emergência de determinados acontecimentos exigem não só ajustes no funcionamento, mas alterações qualitativas determinantes para o desenvolvimento: adaptar-se ao declínio físico e exploração de novos papéis familiares e sociais, não perdendo o interesse e a dinâmica individual e familiar; promover o papel central da geração intermédia e integração de novos papéis, nomeadamente o de avô/bisavô; desenvolver espaço para a experiência e sabedoria da geração idosa, apoiando-a; lidar com a perda do cônjuge ou outras pessoas/pares significativas e preparar a própria morte; moldar-se a doença crónica e dependência, admitindo o suporte e cuidados familiares; e encarar a reforma e a perda de papéis sociais, simultaneamente em que desenvolve o reenfoque na vida familiar. “A integridade familiar represente o resultado positivo do esforço do adulto idoso para a construção do sentido, ligação e continuidade com a sua família multigeracional.” (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

A vertente positiva deste processo proporciona ao idoso uma satisfação perante o presente, o passado e o futuro das suas relações familiares, e resulta num sentimento de pertença e ligação à família, aproximação emocional, disponibilidade afetiva e instrumental (prática) e recíproca (entre o idoso e a sua família). Ao invés, os resultados negativos deste processo resultam na emergência de sentimentos de desconexão familiar marcado por raros contactos familiares, inexistência de comunicação e sentimentos de isolamento ou, em casos extremos, de alienação familiar sentida pela falta de partilha de valores, crenças e de um sentimento de identidade relativamente à família multigeracional (Sousa, Patrão & Vicente, 2012).

No mesmo sentido, podemos afirmar que uma família que apresenta integridade é considerada uma família saudável e funcional, mas se esta não existe estamos perante uma família que apresenta disfunções familiares, mais ou menos graves (Smilkstein cit. Martins, 2006).

É uma questão crucial compreender a dinâmica familiar dos idosos, uma vez que, não raras vezes, estes tendem a esconder e dissimular o seu posicionamento real no agregado familiar, ocultando à comunidade que os familiares não lhes ligam, por exemplo. Por outro lado, também acontece os idosos terem pudor de revelarem aos familiares os seus problemas, deixando-os à margem da sua verdadeira realidade.

Ao longo da vida, os papéis que desempenhamos tendem a alterar-se, como já vimos anteriormente, por razões várias, sendo necessário existir uma adaptação aos novos papéis que passamos a desempenhar.

De acordo com Cutler & Hendricks (2001, cit. Osório & Pinto, 2007), os papéis dos idosos estão resumidos à participação em programas de voluntariado e às transferências multigeracionais.

Ferraro (2001, cit. Osório & Pinto, 2007), salienta a influência que a mudança de papéis associados aos idosos tem na família, nos papéis ocupacionais e nas redes comunitárias. Na família verifica-se, entre outros, a transição para o papel de prestador de cuidados e o papel da custódia dos netos. No contexto dos papéis ocupacionais, destaca as alterações nas ocupações domésticas (novo casamento, custódia dos netos, por exemplo), o ingresso ou reingresso no mercado de trabalho e a aceitação de promoção no trabalho. Ao nível dos papéis comunitários, destacam-se as tarefas de voluntariado e os papéis religiosos.

São os costumes e as ações provenientes na cultura, bem como o contexto histórico no qual se insere, que determinam o papel do idoso.

No decorrer da vida, o idoso desempenhou na juventude e maturidade papéis sociais que, aos poucos, se foram desvanecendo da sua existência. No mercado de trabalho, enquanto profissional, e na sua família, enquanto pai, mãe ou chefe da mesma, com o tempo estes papéis deixaram de existir. Em muitos casos os filhos e netos desvalorizam toda a trajetória de vida e todas as atividades realizadas pelos idosos e, aqueles que outrora foram os responsáveis pela gestão da família, tendo que tomar decisões e assegurar todas as necessidades dos seus membros, passam a ser vistos como frágeis e incapazes de tomar decisões. Desta forma, a contribuição dos idosos é muitas vezes desvalorizada pelos descendentes, apesar de poder existir dependência financeira. (Scortegagna & Oliveira, 2012).

O afastamento das suas funções profissionais e a perda da sua posição dominante na família, provocam um certo vazio no idoso e levam à perda de determinadas manifestações de admiração, respeito e estima, que este estava habituado a receber na sua vida ativa (Vieira, 2015).

É frequente a perda de estatuto social nos idosos inativos, uma vez que a inatividade pode provocar-lhes sentimentos de inutilidade e de perda da autoidentidade (Vieira, 2015).

Legitimação

O envelhecimento populacional resulta, maioritariamente, da evolução tecnológica, que oferece melhores cuidados de saúde e uma melhor qualidade de vida em geral. O evidente avanço da Medicina tem possibilitado que a população idosa atinja padrões de bem-estar sem precedentes. O aparecimento de novos medicamentos, novas formas de diagnóstico, tratamento e intervenção permitem a diminuição da doença, prolongamento da saúde e, em consequência, um menor comprometimento da autonomia física durante o processo de envelhecimento. Todavia, as instituições e os próprios indivíduos não se encontram preparados para lidar com todas as questões psíquicas e sociais associadas a este processo, o que resulta num conjunto de sofrimentos socialmente imputados aos idosos, dentro dos quais se encontra a violência (Fonseca & Gonçalves, 2003).

Na sociedade atual, é consensual que a responsabilidade dos cuidados com os idosos é partilhada pela família, sociedade e do Estado. Desta forma é recuperada a centralidade da família com o apoio do Estado (Fonseca & Gonçalves, 2003).

Com o intuito de manter a sua capacidade reguladora, o Estado criou para os idosos espaços de atividade social privada e dedicou-se à produção de bens e serviços, que resultaram na implementação de estruturas de apoio a Terceira Idade como Lares, Centros de Convívio, Centros de Dia e Apoio Domiciliário (Vaz, 1998).

De acordo com os diferentes contextos históricos, a cada ciclo de vida são atribuídos poderes específicos. No entanto, não raras vezes, ao longo do tempo, assiste-se a um desinvestimento na pessoa idosa por parte do poder social e político. A generalidade das culturas tende a segregar e a separar a população idosa e, de forma real ou simbólica, a desejar a sua morte (Minayo, 2003).

A imagem da pessoa idosa está associada à perda das componentes a que autonomia dos indivíduos está relacionada, como é o caso das habilidades cognitivas e controle emocional e físico, resultando numa imagem de decadência. (Fonseca & Gonçalves, 2003).

“Os cidadãos mais idosos continuam a ser encarados, como fardos sociais e económicos, maioritariamente dependentes e empobrecidos e inaptos para assumir um papel reivindicativo na família e na sociedade. Idosos influentes, ativos ou autónomos são encarados, erradamente, como exceções, mantendo-se a lógica de intervenção protecionista, idadistas e restritiva de direitos.”
(Guimarães, 2012).

Os novos desafios familiares que a sociedade contemporânea exige, provocaram uma alteração dos papéis sociais tradicionais e nas estruturas que sustentam as formas de vida em família, tornando o ambiente doméstico o cenário de diversas formas de violência infligidas aos idosos. Assiste-se a uma mudança nos cuidados prestados pela família, que não se cingem às gerações precedentes e a um convívio de diversas gerações na mesma unidade doméstica. A grande maioria da violência contra os idosos em ambiente familiar ocorre quando existe a convivência de várias gerações numa mesma casa, evidenciando o facto de que o convívio plurigeracional não é garantia de uma velhice bem-sucedida e não é sinónimo de relações mais amistosas entre as gerações (Debert, 1999 cit. Fonseca & Gonçalves, 2003).

A estrutura e o crescimento desorganizado da população resulta num empobrecimento desta e impõe o convívio entre gerações, fatores que associados à ausência de políticas públicas direcionadas para a saúde e assistência, facilitam a vulnerabilidade da população idosa, ficando esta exposta à violência social, física e psicológica. Assim sendo, a precariedade social e económica contribuem para a constituição e construção do fenómeno da violência, ou seja, “a violência estrutural pode ser o fio condutor da violência que atinge o homem e a família” (Fonseca & Gonçalves, 2003, p. 122).

Através dos dados recolhidos na literatura, pode concluir-se que a violência contra os idosos representa um problema universal, transversal a todas as etnias, religiões e *status* socioeconómicos e ocorre das mais diversas formas: física, sexual, emocional e financeira. Não raras vezes o idoso é sujeito a vários tipos de abuso em simultâneo (Chavez, 2002; Menezes, 1999; Wolf, 1995 cit. Minayo, 2003).

Perante esta realidade dos maus tratos em contexto familiar e institucional, alguns países implementaram políticas sociais com o intuito de protegerem os idosos, entre as quais: a implementação de medidas legislativas de proteção aos idosos vítimas de violência; campanhas de apoio aos idosos acerca da necessidade de planeamento da reforma e da doença; serviços de informação; programas integrados de prevenção da violência contra os idosos, ao nível primário, secundário e terciário; programas de apoio aos idosos e aos seus cuidadores; reconhecimento das instituições e valências que podem intervir no domínio dos maus tratos a idosos; desenvolvimento de um sistema integrado de informação e de uma estrutura integrada de resposta a esta problemática e formação dos profissionais que intervêm nesta área com competências técnicas e comunicacionais (Dias, 2009).

Ao contrário do que se possa pensar, grande parte das pessoas idosas vive de forma independente e apresenta uma vitalidade que lhe permite funcionar satisfatoriamente (Shroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger, 1999 cit. Ribeiro, Ferreira & Lima, 2013).

Um estudo exploratório realizado em Portugal por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) acerca da qualidade de vida e bem-estar, através de uma amostra de 1354 idosos de variados distritos, demonstrou que 79.4% eram “autónomos”, ou seja, não apresentavam nenhuma incapacidade nas áreas consideradas, e 10.9% eram “quase autónomos”.

Torna-se, então, essencial que a investigação e intervenção se direcionem também para os idosos independentes, estudando os seus padrões de envelhecimento.

Embora se assista a uma evolução nas últimas décadas, continua a não ser fácil envelhecer em Portugal, se tivermos em consideração as respostas sociais direcionadas para esta população e o investimento das organizações, dos seus colaboradores e dirigentes na sua formação e qualificação (Guimarães, 2012).

Em Portugal, o fenómeno do envelhecimento continua a ser visto de forma redutora. Tema reservado à ação social e à saúde, é encarado como um problema, uma fonte de encargos e um núcleo de mercado da economia solidária e, ultimamente, como uma forma de negócio lucrativo, embora complementar, sob a tutela da Segurança Social, mas sem ser encarado como um desafio que requer políticas transversais e integradas (Guimarães, 2012).

Importa realçar a importância dos fatores económicos nos idosos, na medida em que condicionam as condições essenciais de vida, como a alimentação, habitação, saúde, entre outros. (Lopes & Gemito, 2016). Com as restrições financeiras impostas a Portugal devido à crise em que nos encontramos, numa tentativa de diminuir a despesa pública, grande parte das pensões ficaram congeladas, mas em contrapartida aumentaram os impostos, diminuíram as isenções, aumentaram as taxas na saúde. Este acontecimento colocou muitos idosos em situações económicas vulneráveis, à beira da pobreza. Segundo dados do INE, em 2014 a taxa de risco de pobreza para a população idosa foi de 17,1%, superior a 2013 cuja taxa estava nos 15,1%. Os idosos que vivem sozinhos são um grupo de maior risco neste âmbito, apresentando uma taxa de risco de pobreza de 26,8% (também superior a 2013 cuja taxa foi de 22,5%).

Ainda que permaneça esta visão redutora acerca do processo de envelhecimento, muitas foram as evoluções alcançadas ao longo dos tempos.

Assistiu-se, a uma redefinição do papel de gestor do Estado entre a velhice e a sociedade civil. Promovendo uma política de inserção social dos idosos, através da prestação

de serviços, o Estado reconhece um maior estatuto de cidadania à população idosa. São canais privilegiados desta política as autarquias locais e as instituições particulares e públicas direcionadas para a ação social. Estas políticas são de caráter preventivo e não apenas curativo. Este âmbito preventivo dirige-se, por um lado, a um conjunto de um grupo etário, e não é exclusivo dos membros mais desfavorecidos que pertencem a esse grupo, e, por outro lado, abre um novo campo de atuação aos profissionais da área social e da saúde (Guillemard, 1988 cit. Vaz, 1998).

Como já referimos anteriormente, emerge a necessidade de se criarem políticas e programas de prevenção e intervenção dedicados à população idosa.

“O objectivo principal da prevenção com as pessoas idosas é a melhoria da sua qualidade de vida, promovendo um funcionamento ótimo” (O’Connor-Flemming, 1999 cit. Ribeiro, Ferreira & Lima, 2013. p 43).

No que concerne à tipologia da prevenção, existem duas abordagens distintas. A tipologia clássica caracteriza a prevenção em três níveis: primária, secundária e terciária (Caplan, 1964 cit. Spence & Matos, s/d). A prevenção primária consiste em intervir antecipadamente na manifestação do problema com o objetivo de evitar que o mesmo ocorra. A prevenção secundária tem como intuito tratar o problema depois do mesmo surgir e ser identificado, controlando assim a sua evolução após a sua ocorrência. A prevenção terciária engloba as estratégias de reabilitação e reinserção social do indivíduo, consistindo em medidas de tratamento e reabilitação de casos estabelecidos de doença e tem como objetivo a redução da duração e do grau de incapacidade. Para uma prevenção terciária eficaz é necessário a adoção de práticas interdisciplinares.

Mais recentemente, Gordon (1987, cit. Spence & Matos, s/d) apresenta uma abordagem alternativa no âmbito da prevenção, propondo três níveis: universal, indicada (precoce) e seletiva. Ao contrário da classificação anterior, em que a prevenção se foca no momento de aplicação, esta classificação baseia-se na população-alvo e nas suas características.

Assim, a prevenção universal é dirigida à população em geral. A prevenção seletiva destina-se a subgrupos da população em geral que apresentem um risco acrescido de desenvolvimento de um fenómeno. E por fim, a prevenção indicada (ou precoce) dirige-se a indivíduos que apresentem um alto risco de ocorrer o fenómeno em causa.

No domínio da prevenção, Friedrich (2003, cit. Ribeiro, Ferreira & Lima, 2013) afirma que é necessário integrar os domínios biológico, psicológico e social na compreensão

do desenvolvimento e nos determinantes de mudança. Com base no conceito de resiliência, defende que quanto mais jovem for o adulto, maior a sua capacidade de seleção, otimização e compensação nos domínios biopsicossocial, no sentido de um melhor envelhecimento. Por outro lado, quanto mais velho o adulto, menor é a sua capacidade de reserva e amplitude de reação disponível. Desta forma, resulta uma maior probabilidade de serem alcançados benefícios a longo-prazo, quanto mais precocemente forem implementadas as medidas de prevenção.

As medidas preventivas podem ser utilizadas para sustentar ou facilitar os processos de compensação e otimização, enfatizando ganhos e minimizando perdas (Godfrey, 2001).

Grams e Albee (1995, cit. Ribeiro, Ferreira e Lima, 2013) destacam algumas estratégias a utilizar em programas de prevenção da população idosa. Ao nível da prevenção primária, uma maior oferta de oportunidades de contacto social entre pessoas, ampliando o seu sistema de suporte e alargando a sua rede social; impulsionar as capacidades que os idosos pretendem aperfeiçoar; disponibilidade de meios para alcançar e manter o envolvimento com interesses valorizados; e exercício da cidadania e facilitação da sua participação através da fundação de comunidades de resposta e de inclusão. Ao nível da prevenção secundária, as estratégias sugeridas pelo autor são, a otimização das capacidades residuais; a permanência de um ambiente familiar em que as crescentes incapacidades possam ser negociadas; criação de suporte de forma a lidar com as perdas e o luto; e a existência de apoio por parte de redes de suporte informal de cuidados.

Neste sentido, o programa aqui apresentado é de prevenção primária, uma vez que se objetiva evitar situações de maus-tratos reduzindo a vulnerabilidade dos idosos, diminuindo o seu isolamento. É também de prevenção indicada, uma vez que se destina a um grupo que apresenta um grande grau de risco de ocorrência de isolamento e de maus-tratos.

Nesta população específica, as transições e as experiências mais comuns podem fazer com que surja a necessidade específica de intervenção. Acontecimentos como a perda do cônjuge, a adaptação à reforma, redução dos rendimentos económicos, entre outros, constituem perdas para a pessoa idosa (Stantrock, 2002 cit. Ribeiro, Ferreira & Lima, 2013).

Estas transições também se refletem nas redes sociais da pessoa, que se vão sofrendo alterações ao longo do ciclo de vida. Com o passar dos anos, os pares vão desaparecendo e as redes sociais degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou não a permanência dos idosos no seio da comunidade. A presença de redes de sociais é fundamental para assegurar a autonomia, uma maior saúde-mental e uma maior satisfação de vida (Paúl, 2005).

Uma rede social ativa, estável e integrada tem consequências positivas na saúde da pessoa (Figueiredo, 2007).

Por conseguinte, o programa “A(Voz) e Avôs para Todos”, surge da necessidade de restabelecer as redes sociais de idosos que se encontram a viver sozinhos, reduzindo a sua vulnerabilidade, que pode levar a situações de maus-tratos, e diminuindo o sentimento de solidão. Pelo contrário, promove o seu sentimento de pertença à comunidade, aumentando o seu grau de satisfação de vida.

É dirigido aos idosos autónomos, uma vez que, como vimos anteriormente, para além de estes serem a maioria, são aqueles que mais ficam “esquecidos” dos programas existentes por não serem dependentes e não precisarem de tantos cuidados.

PARTE B- Metodologia e Cartografia do Programa

METODOLOGIA

O presente programa de prevenção insere-se no âmbito da Psicologia Forense e da Exclusão Social, cujo objeto privilegiado de trabalho são os atores sociais que se movimentam em cenários de criminalização, desviância e exclusão social, sendo o seu principal foco de trabalho a intervenção junto de grupos que se encontram em situações de risco, individual ou social, devido a múltiplas etiologias. Encontra-se, neste domínio, uma variedade de métodos quase sempre compostos, uma vez que a Psicologia Forense e da Exclusão Social é rica na diversificação das técnicas aplicadas, devidamente validadas, que vão desde os “métodos de terreno” como a observação e as etnometodologias, à análise dos discursos, possibilitando uma grande variedade de técnicas e métodos prontos a serem utilizados (Poiares, 2004).

Inspirado no Programa de Intervenção Comunitária e Juspsicológica na zona histórica de Lisboa, proposto por Poiares (2004), o programa que aqui apresentamos segue as linhas gerais adotadas, enfatizando a sua área de intervenção na população idosa e contando com o contributo dos restantes grupos existentes na comunidade (jovens, famílias).

Como referimos ao longo deste trabalho, existem diversos programas já existentes no âmbito do processo de envelhecimento, faltando-nos referir inúmeros outros que surgem constantemente, por forma a colmatar as necessidades a que este nos remete.

O programa “A Voz (e Avôs) para Todos” consiste em fomentar o convívio entre vizinhos, nomeadamente entre famílias e idosos que habitem na mesma área de residência. A família irá interagir com o idoso como se este fosse parte integrante dela, sem a obrigação do cuidar, que muitas vezes é visto como um fardo e leva às situações de abandono, negligência e abuso.

Estando em contacto com a pessoa idosa, a família poderá ajudá-lo em várias situações do dia-a-dia. Muitas vezes é suficiente um telefonema para que o indivíduo se sinta integrado. Partindo do pressuposto que a família que integra o projeto é constituída por pai, mãe e filhos (nunca colocando de parte outras formas de família que queiram integrar o programa), cada membro irá dar o seu contributo específico, tendo em conta as áreas em que melhor se move. Dando o exemplo da visão de uma família típica e tradicional em que a mãe se ocupa mais da gestão da casa e o pai se ocupa da parte financeira, a mãe poderá ajudar o idoso ao nível da alimentação (podendo apoiá-lo nas compras ou preparando-lhe alguma

refeição, se for esse o caso) e o pai poderá ajudá-lo a interpretar uma carta que recebeu do banco ou das finanças perante a qual o idoso demonstre dificuldade de compreensão.

Os filhos, consoante a idade, são intervenientes na companhia, tendo um papel importante no convívio intergeracional e na troca de conhecimentos, desmistificando crenças e estereótipos tanto em relação aos mais velhos como em relação aos mais novos (muitas vezes vistos pelos idosos como rebeldes e com pouca educação).

Sugere-se que de forma regular a família e o idoso façam uma atividade em conjunto, para poderem partilhar experiências, conviver e criar laços.

Este programa não é estanque e deve ser flexível, de forma a melhor se adequar a realidade populacional existente. É importante realçar que na vertente das “famílias”, qualquer pessoa pode participar no programa, desde que demonstre interesse e vontade (por exemplo, é perfeitamente válido que uma família monoparental participe no programa).

Os idosos autónomos, de acordo com a dinâmica que criarem com a família, podem também colaborar nas atividades diárias desta e não só o contrário: por exemplo, podem ir buscar as crianças à escola e estarem com elas até os pais chegarem do trabalho.

CARTOGRAFIA DO PROGRAMA

1. Apresentação do Programa

1.1 Enquadramento geral da problemática

O envelhecimento populacional, resultado de um aumento da esperança média de vida e de uma redução da natalidade, é um problema da nossa sociedade. Muitos são os idosos que vivem sozinhos, em situações de solidão, de rutura familiar e social, ou que vivem com familiares também idosos.

A visão existente deste grupo é de que se trata de um grupo homogéneo, repleto de características pouco apelativas para a sociedade atual, que enfatiza a juventude e o consumo. Esta imagem reducionista coloca, muitas vezes, a pessoa idosa à margem, considerada como pouco útil nesta sociedade consumista. Interiorizando esta mesma imagem, a própria pessoa idosa remete-se frequentemente para as margens, isolando-se e experienciando a solidão. Torna-se dependente, vulnerável e exposta àqueles que, por uma ou outra razão, assumem um papel de poder sobre ela, perpetuando situações de abuso.

Desta feita, é deveras essencial criar políticas sociais e desenvolver ações no terreno, no sentido de proporcionar uma maior integração desta população, fomentar a sua autonomia e auto-estima, prevenindo e evitando as situações de isolamento e vulnerabilidade, que podem levar a que os idosos sejam vítimas de abuso e violência, nas suas mais variadas formas e, conduzindo a uma cidadania plena por parte do idoso; por outro lado, previne-se o auto-desinvestimento e situações de risco que podem desencadear o suicídio.

O programa que aqui apresentamos, aplicado nas comunidades locais, visa combater estes fatores negativos, proporcionando a intergeracionalidade e a inclusão social dos idosos na sua comunidade.

1.2. Área geográfica de implementação

A implementação do programa decorrerá em território a determinar.

1.3. População alvo/destinatários

A aplicação do programa destina-se a idosos, com idade a partir dos 65, que sejam autónomos, não apresentem perturbações cognitivas, nomeadamente demência, e que residam sozinhos.

Por outro lado, destina-se também às famílias da comunidade que queiram conviver com os idosos.

2. Planificação do Programa

2.1. Objetivos Gerais

Os objetivos gerais deste programa são:

- Prevenção do isolamento e marginalização dos idosos;
- Prevenção da violência neste grupo etário;
- Prevenção de comportamentos suicidas;
- Inclusão da pessoa idosa na comunidade.

2.2. Objetivos Específicos

Como objetivos específicos apresenta:

- Aproximação dos poderes locais às populações, mediante informação transmitida pelos técnicos;
- Informação à população, prestada pelos técnicos, sobre a implementação do programa;
- Preparação da população, incentivando à participação no programa;
- Aquisição e reforço de competências pessoais e sociais, como forma de diluição de fatores de risco e preservação dos fatores protetores;
- Desmistificar estereótipos e crenças;
- Fomentar a intergeracionalidade;
- Promover a autonomia, aumentar o sentimento de “utilidade” na população idosa, incrementando a autoestima;
- Acionar o sentido de pertença à comunidade por parte do idoso e reduzir o sentimento de solidão;
- Prevenir situações de abuso/violência sobre a população idosa;
- Prevenir situações de isolamento social;
- Fomentar laços entre as diversas gerações da comunidade, reavivando os laços familiares anteriormente perdidos;
- Reforçar a cidadania.

2.3. Indicadores

Indicador 1 – Redução do número de idosos que apresentam isolamento social e redução do sentimento de solidão

Indicador 2 – Diminuição do número de idosos que indiciam sinais de abuso

Indicador 3 – O número de idosos cuja satisfação perante a vida aumenta

2.4. Instrumentos de avaliação dos Indicadores

Para verificar mais concretamente se os objetivos deste programa foram atingidos, podem utilizar-se alguns instrumentos de avaliação relacionados com os indicadores definidos anteriormente.

Instrumento do indicador 1: “Escala de Solidão” (adaptação de Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006);

Instrumento do indicador 2: “Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)”, na sua versão traduzida para português (Ferreira-Alves & Sousa, 2005); e / ou realizar grelha de observação dos comportamentos, postura e atitudes do idoso com base nos indicadores de vitimação de pessoas idosas (Manual Títono, APAV, 2010).

Instrumento do indicador 3: “Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref” (Fleck e col., 1999) e a “Escala de Ânimo” (Paúl, 1992).

2.5. Ações a desenvolver

Numa primeira fase, será necessário fazer um levantamento consistente da população-alvo, que preencha os requisitos deste programa (embora estes não sejam totalmente estanques). Esse levantamento será efetuado pela equipa técnica constituinte do programa e pretende-se obter os seguintes dados: número de idosos residentes na área, principalmente que vivam sozinhos; e número de famílias residentes na área, principalmente as que sejam idóneas e que apresentem características favoráveis à participação neste programa. As Juntas de Freguesia são uma competência privilegiada no fornecimento de dados acerca dos seus residentes.

Após a obtenção destes dados, importa avaliar a funcionalidade dos idosos-alvo e fazer o despiste da existência de demências e/ou outros problemas psíquicos. Esta avaliação é efetuada em local conveniente e confortável para o idoso (de preferência na sua residência) e é presencial. Pode avaliar-se a funcionalidade do idoso seguindo os critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

e/ou podem utilizar-se escalas de avaliação, tais como, a “Escala de Atividades de Vida Diária” (Katz, 1963) ou a “Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária” (Lawton & Brody, 1969).

É muito importante que nesta fase seja feito o despiste da presença de demência ou de outras perturbações cognitivas que possam existir nos idoso-alvo, que poderão ser critério de exclusão deste programa. Para isso, pode utilizar-se o “Mini Mental State Examination (MMSE)” (Folstein, Folstein & McHugg, 1975) na sua adaptação portuguesa feita por Guerreiro (1994). Pode também fazer-se o despiste à existência de depressão nos idosos, uma vez que esta é muito frequente nesta população através de uma entrevista individual (apêndice 1)

Recolhidos estes dados, a equipa técnica já está preparada para selecionar os idosos que reúnem as condições para integrar este programa.

Seguidamente, divulga-se este programa à comunidade de forma a alcançar o maior número de residentes. Tendo em conta as características específicas de cada espaço, nomeadamente a sua área geográfica e as especificidades dos seus habitantes, a equipa técnica pode optar por diversos meios de divulgação e esclarecimento do programa. A utilização de cartazes espalhados pela freguesia, a entrega de *flyers*, a divulgação porta-a-porta, uma apresentação num espaço apropriado (por exemplo, um auditório que exista na freguesia), entre outros, são alguns métodos que a equipa pode utilizar na divulgação do programa.

Depois das inscrições, a equipa técnica procede à correspondência entre o idoso e a família, constituindo os ‘grupos familiares’, consoante as características pessoais do idoso e da família e área onde habitam (pretende-se que habitem efetivamente próximos uns dos outros para facilitar a aplicação do programa).

Após serem constituídos todos os ‘grupos familiares’, a equipa técnica marca um encontro com a família e o idoso, que vão constituir o “grupo familiar”, para explicar claramente em que consiste o programa, qual é o papel de cada um deles e para esclarecer a intervenção da equipa neste processo.

O objetivo é que a família e o idoso participantes interajam entre si, como se fossem ‘amigos’ ou ‘parentes’. Pede-se à família que faça um telefonema ao idoso diariamente, que o auxilie nas atividades diárias em que apresente dificuldades em realizar (como por exemplo, interpretar uma carta do banco que o idoso não esteja a compreender, ajudar a trazer as compras mais pesadas, prestar auxílio em situação de doença, entre muitas outras) e que o inclua em atividades que sejam propícias ao convívio (por exemplo, um lanche, um passeio,

etc.). A ideia é que exista um convívio solidário e responsável entre os participantes, sem que exista o fardo da obrigação.

O idoso, por sua vez, e se a dinâmica criada entre ele e a família assim o permitir, pode participar em algumas atividades próprias da família, como por exemplo, fazer companhia às crianças enquanto os pais não chegam do trabalho (à semelhança do que os avós fazem hoje em dia).

Pretende-se que cada ‘grupo familiar’ realize, pelo menos uma vez por mês, uma atividade de lazer em conjunto, para que seja possível a troca de experiências e o conhecimento mútuo, quebrando crenças, estereótipos e preconceitos.

A equipa técnica procederá a uma visita quinzenal a cada ‘grupo familiar’, que será feita separadamente, ou seja, ao idoso e à família isoladamente, para acompanhar o progresso do programa, avaliar o seu desenvolvimento e identificar dificuldades para que possam ser corrigidas. Este acompanhamento é de extrema importância, uma vez que é necessário verificar se tudo corre dentro da normalidade, para que situações negativas possam ser corrigidas, como incompatibilidade entre a família e o idoso, existência de algum tipo de abuso por parte da família (ou até do idoso), desistências e desleixo, ou mesmo, resolução de algumas dificuldades menos graves que possam ir surgindo durante a convivência do ‘grupo familiar’ (incompatibilidades horárias, entre outras).

Objetiva-se que a participação neste programa seja uma experiência satisfatória e descomplicada (das más experiências resultam muitas vezes as desistências e a resistência em integrar novos projetos).

No final do programa, faz-se um convívio com todos os ‘grupos familiares’ que integraram o programa e com a equipa técnica, com o intuito de propiciar a troca de experiências entre todos os participantes e permitir que todos se conheçam.

Decorridos 6 meses de programa, sugere-se a avaliação aos idosos segundo os indicadores atrás referidos, podendo aplicar-se os instrumentos referenciados, para concluir se os objetivos foram ou não alcançados e quais as melhorias que é necessário fazer numa nova implementação do programa.

Uma vez que lidamos com pessoas, cada uma com características e experiências de vida únicas e, com idosos, cujos problemas de saúde podem surgir repentinamente, durante a implementação do programa, a equipa técnica tem que estar preparada para alguns imprevistos e dificuldades que possam e surgir que exijam uma participação ativa por parte desta. Doença prolongada ou morte de um idoso durante o programa, desistência de um a

família ou mesmo do idoso, são alguns exemplos de dificuldades cuja resolução pode não ser fácil. Uma antecipação destas limitações pressupõe uma resolução mais rápida e eficaz do problema. Sugere-se que existam famílias e idosos substitutos que estejam dispostos a integrar no imediato este programa. Em situações graves, como morte de um idoso, a equipa técnica terá que acompanhar a família para perceber como esta está a encarar este acontecimento e prestar-lhe apoio no luto, se disso houver necessidade.

Muitas outras dificuldades podem surgir, mas uma boa antecipação pode resultar numa resolução mais rápida e eficaz.

Não se regendo por regras rígidas, este programa é aplicado e adequado consoante as necessidades e dinâmicas de cada espaço, ficando a cargo da equipa técnica a sua adaptação e adequação, para que se atinja o melhor resultado.

3. Estrutura organizativa e Gestão do Programa

3.1. Constituição da Equipa

O programa deverá incorporar os saberes de uma equipa multidisciplinar. Desta forma, a equipa será constituída por dois Psicólogos Forenses e da Exclusão Social, que ocuparão os papéis de coordenação do programa, uma profissional de Ação Social, um Enfermeiro e um profissional de Direito.

Pretende-se também que integrem na equipa técnica deste programa, dois estagiários de Psicologia Forense e da Exclusão Social

3.2. Parcerias

É importante que exista um trabalho em rede pois é através dele que se podem identificar situações de risco, cuja necessidade de intervenção é essencial.

Desta forma, podem ser parceiros privilegiados deste programa:

- Juntas de Freguesia;
- Centros de Saúde;
- Centros de Dia;
- PSP / GNR;
- Associações e clubes desportivos;
- Universidades da Terceira Idade / Grupos de Idosos (caso existam);
- Escolas;
- Comércio local.

2.3. Duração do Programa

Pretende-se que presente programa tenha a duração de 12 meses. A primeira fase que engloba o estabelecimento de parcerias, o levantamento do número de idosos e de famílias residentes na área, a avaliação dos idosos e das famílias, a divulgação do programa e a constituição dos ‘grupos familiares’ terá a duração de 4 meses. A segunda fase de implementação do programa terá a duração de 6 meses. E, por fim, a terceira fase, em que se pretende apurar os resultados do programa e identificar dificuldades e limitações com vista à melhoria deste, terá a duração de 2 meses.

Conclusão

Sendo o envelhecimento um processo natural do ciclo de vida e não um problema em si mesmo, deve eleger-se como uma possibilidade para viver de forma autónoma e saudável durante o maior tempo possível. Para tal, torna-se essencial uma ação integrada a nível da mudança de comportamentos e atitudes da população, em geral, e dos profissionais, em particular, às novas realidades sociais, familiares e de saúde inerentes ao envelhecimento individual e demográfico e um ajuste do ambiente às fragilidades mais evidentes em idade avançada. Envelhecer com autonomia, independência e saúde surge como um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com resultados também ao nível do desenvolvimento socioeconómico dos países (Direção- Geral da Saúde – DGD – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2004).

O isolamento a que muitos idosos estão sujeitos, e não apenas geograficamente, mas, principalmente, ao nível social, é um preditor de possíveis abusos. As definições de abuso aos idosos são diversas e foram sofrendo alterações ao longo dos anos, consoante a opinião pública, as mudanças políticas, o financiamento disponível e o conhecimento profissional.

“Para os idosos, os efeitos dos abusos podem ser catastróficos. Com o avançar da idade, as pessoas mais velhas podem ficar mais vulneráveis relativamente a alguns aspetos, logo, pequenos ferimentos e perdas de dinheiro podem ter um efeito muito negativo no seu bem-estar. Algumas das consequências são a depressão, a angústia e a ansiedade.” (Lopes & Gemito, 2016, p.209)

O programa “A Voz (e Avôs) para Todos” visa precisamente essa alteração de comportamentos e atitudes ao nível individual, envolvendo a comunidade nesta problemática e fazendo com que seja parte integrante de um processo de envelhecimento com qualidade. Existindo uma maior interação entre as famílias e os idosos da mesma área de residência, o sentimento de pertença à comunidade aumenta e os abusos podem ser evitados, já que há uma maior vigilância por parte da família para com o idoso. Por outro lado, as gerações mais novas passam a encarar os mais velhos como parte integrante da sociedade, como pessoas válidas com quem podem aprender inúmeras coisas. Aumenta o respeito pelos idosos e dissipa-se a ideia de inutilidade associada a estes.

Preveem-se dificuldades na implementação deste programa uma vez que numa sociedade individualista como é a nossa, torna-se difícil abdicarmos do nosso tempo, que já não é muito, em prol de uma terceira pessoa que nos é estranha. Por outro lado, a desconfiança por parte dos idosos a deixar entrar nas suas vidas estranhos, por medo de

abusos, pode tornar o processo mais lento. Daí a importância da equipa técnica como ponte entre ambos, desmistificando e facilitando todo o processo.

Uma boa preparação do programa, na constituição dos ‘grupos familiares’, o mais compatíveis possível, um bom acompanhamento para que tudo corra sem sobressaltos e uma boa avaliação no final, é essencial para o sucesso deste. Este programa pode existir sem paragens, se as arestas forem sendo limadas.

Ao alterar o seu comportamento e assistindo a repercussões positivas na sua vida e na dos outros, o ser humano tem tendência a manter essas atitudes e comportamentos. O objetivo maior deste programa é esse mesmo, que a solidariedade e o sentimento de ajuda permaneçam para lá do programa. Este será só o impulsionador de uma mudança de atitudes dentro da comunidade.

Se assim for, os nossos idosos estarão menos expostos a abusos, sentir-se-ão mais úteis e menos sozinhos, aumentando o seu bem-estar e qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Adalgo Ferrer, M. T. (1997). *Envejecimiento y sociedad: una sociologia de la vejez*. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil.
- Alarcão, M. (1998). Família e redes sociais. Malha a malha se tece a teia. *Revista Interações*, 7, pp. 93-102.
- Alves, M. (1999). *Violência e educação: da razão filosófica à razão pedagógica*. Acedido em Setembro de 2013 em <http://hdl.handle.net/10216/13015>.
- Alves, C. (2008). *Relações familiares e violência: idosos entre abafos e desabafos*. Acedido em Agosto de 2013 em http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST68/Carla_Maria_Lobato_Alves_68.pdf.
- APAV. (2010). *Manual Títono. Para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. Acedido em Janeiro de 2013 em http://www.apav.pt/pdf/Titono_PT.pdf.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, vol. 23, N° 5, pp. 611-626. Acedido em Agosto de 2013 em http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB_Theoretical_1987.pdf.
- Barros de Oliveira, J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic.
- Birren, J. (1995). Editorial: New Models of Aging: Comment on Need and Creative Efforts. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 14, pp. 1-3. doi:10.1017/S0714980800010424.
- Birren, J. Schroots, J. (2001). The history of geropsychology. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of Aging* (5ª ed.). San Diego: Academic Press. Acedido em Agosto de 2013 em http://books.google.pt/books?id=wXyB_tyeoYAC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=the+history+of+geropsychology&source=bl&ots=Vtl2r40zWJ&sig=hl8K-fYNP0B2r5M9j4P5Sfxsfxo&hl=pt-PT&sa=X&ei=qX9qVPjLAoutaYLqgOAC&ved=0CDoQ6AEwAw#v=onepage&q=the%20history%20of%20geropsychology&f=false.
- Borrvalho, O. (2010). *Maus-tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e caracterização de casos num serviço de urgência de um hospital central*. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de mestre, orientada por Professora Doutora

- Margarida Pedroso de Lima e co-orientada por Professor Doutor José Ferreira Alves. Acedido em Setembro de 2013 em <http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15626/1/Tese%20Odete%20Borrvalho.pdf>.
- Caldas, P. (2002). O Idoso em Processo de Demência: o impacto na família. In Minayo, M. & Coimbra Junior, C. (orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. [versão eletrónica] <http://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>.
- Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Carvalho, P. & Pinho, A. (2006). Legislação e programas de apoio para o idoso. In Firmino, H. (Ed.). *Psicogeriatrics* (pp. 201-213). Lisboa: Almedina.
- Carolino, J., Cavalcanti, P. & Soares, M. (2010). Vulnerabilidade social da população idosa e a necessidade de políticas de proteção como mecanismo de inclusão social. *Qualit@s Revista Eletrônica*. ISSN 1677, 4280, Vol. 9, Nº 1.
- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 4: 276-283. Acedido em Setembro de 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8815051>.
- Correia, M. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Católica.
- Côrte, B., Goldfarb, D. & Lopes, R. (2009). *Psicogerontologia – Fundamentos e Práticas*. Curitiba: Juruá editora.
- Da Agra, C. (1999) A violência “hard e a violência “soft”. Exercício para uma teoria crítica das violências, *Trabalhos de Antropologia e Etnologia, Revista interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas*, 39, pp. 3-4.
- Dias, I. (1998). *Estratégias de pesquisa qualitativa no estudo da violência na família*. Acedido em Setembro de 2013 em <http://handle.net/10216/8487>.
- Dias, I. (2002). *Políticas Familiares*. Acedido em Setembro de 2013 em <http://handle.net/10216/25418>.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. Acedido em Setembro de 2013 em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>.
- Dias, I. (2009). *Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*. Sumário apresentado para as Provas Públicas de Agregação em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido em Setembro de 2013 <http://handle.net/10216/8789>.

- Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Maiores (2002). Acedido em Setembro de 2013 em http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, 36, pp. 39-52. ISSN 0873-6529.
- Fernandes, A. (2005). *Processos e estratégias de envelhecimento*. Acedido em Agosto de 2013 em <http://hdl.handle.net/10216/7961>.
- Fernandes, A. (2013). *Os Direitos do Homem nas sociedades democráticas: a violência na família*. Acedido em Agosto de 2013 em <http://hdl.handle.net/10216/7690>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología Social. Una introducción. In Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Gerontología Social* (pp. 31-34). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira-Alves, J. (2004) *Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de idosos*. Acedido a 28 de Agosto de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20neglig%c3%aancia%20-%20ciencias%20criminais.pdf>.
- Ferreira-Alves, J. & Sousa, M. (2005). *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar*. Acedido em Agosto de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5306/1/sociologia%2c%20flup.pdf>
- Ferreira, L., Vieira, D. & Firmino, H. (2006). Violência sobre os mais velhos. In Firmino, H. (Ed.). *Psicogeriatría* (pp. 215-220). Lisboa: Almedina.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi editores.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Lisboa: Almedina.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina.
- Fonseca, A. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Envelhecimento Demográfico*, pp. 75-95.
- Fonseca, A. & Gonçalves, H. (2003). Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia*, 7(2), pp. 121-128.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Freitas, P. (2011). *Solidão em idosos. Percepção em função da rede social*. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa do centro Regional de Braga para obtenção do grau de mestre, orientada por Professor Doutor António Manuel Fonseca, Braga.
- Gelles, R. & Straus, M. (1979). Determinants of violence in the family: Toward a Theoretical integration, In Wesley, R., Reuben Hill, F., Nye, I. & Reiss, I., *Contemporary Theories about the Family*. New York: Free Press. Acedido em Outubro de 2013 em <http://fermat.unh.edu/~mas2/v10r.pdf>.
- Gonçalves, A. (1985). *A simbolização da violência social*. Acedido em Julho de 2013 em <http://hdl.handle/10216/7820>.
- Gonçalves, C. (2006). *Idosos: abuso e violência*. Acedido em Julho de 2013 em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10306&path%5B%5D=10042>.
- Goode, W. (1971). Force and Violence in the Family. *Journal of Marriage and the Family*, 33 pp.624-636. Acedido em Setembro de 2013 em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/349435?sid=21105201217831&uid=2129&uid=70&uid=387925591&uid=60&uid=2&uid=2134&uid=3&uid=387925581>.
- Godfrey, M. (2001). Prevention: developing a Framework for conceptualizing and evaluation outcomes of preventive services for older people. *Health & Social Care in the Community* [versão eletrónica], 9(2), pp. 89-99.
- Godoy, A. & D'Ávila, C. (2009). Tutorial: A hierarquia das necessidades de Maslow – Pirâmide de Maslow. Acedido em Março de 2014 em <http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/a-hierarquia-das-necessidades-de-maslow-piramide-de-maslow.html>.
- Gracia Ibáñez, J. (2012). *El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Grilo, R. (2012). *Integração do Psicólogo no serviço de apoio domiciliário (intervenção com o idoso)*. [versão eletrónica].
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guimarães, P. (2012). Cidadania e envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coords.). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (1ª ed., pp. 289-297). Lisboa: Lidel.

- Hespanha, M. (2009). *Violência contra os Idosos*. Acedido em Setembro de 2013 em www.violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=316. Acedido em de Janeiro de 2013 em <http://www.violencia.online.pt>.
- Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr*, 113(10), pp. 384-392. Acedido em Setembro de 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11432128>.
- Iborra Marmolejo, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia – Centro Reina Sofia. Acedido em Fevereiro de 2014 em http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf.
- INE (2011). *Censos 2011*. Acedido em Março de 2013 em www.ine.pt.
- INE (2015). *Rendimentos e condições de vida 2015 (dados provisórios)*. Acedido em Março de 2016 em www.ine.pt.
- Jaques, M. (2005). *Idosos e dinâmicas de parceria: contributos para uma velhice bem sucedida*. Acedido em Agosto de 2013 em <http://hdl.handle.net/10216/64586>.
- Karli, P. (2002). *As Raízes da Violência: reflexões de um neurobiologista*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lawton & Brody (1969). *Escala das Actividades de Vida Diárias*. Acedido em Março de 2014 em <http://www.slideshare.net/tainamesquita/escala-das-atividades-da-vida-diria-avd-lawton-brody-1969-escala-das-atividades-da-vida-diria-avd-lawton-brody-1969>
- Levet, M. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, O., Lopes, M., Carvalho, G. & Melo, V. (s/d). *O idoso frente ao processo de envelhecimento*. Produção científica em periódico online no âmbito da Saúde. Trabalho submetido ao 15º Congresso Brasileiro dos Concelhos de Enfermagem (CBCENF). *Eixo Temático – Determinantes de Vida e de Trabalho*. Acedido em Fevereiro de 2016 em <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41303.E10.T7193.D6AP.pdf>.
- Lopes, A. (2006). *Welfare arrangements, safety nets and familial support for the elderly in Portugal*. Acedido em Setembro de 2013 em <http://hdl.handle.net/10216/7016>.
- Lopes, M. (Coord.) (2012). *Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos*. Acedido em Setembro de 2013 em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/7231>.

- Lopes, J. & Gemito, M. (2016). Violência e Envelhecimento: Compreender para Intervir. In Soni, A., Caridade, S. (Coords.). *Práticas de intervenção na violência e no crime* (1ª ed., pp.205-219). Lousã: Pactor.
- Magalhães, P. (2009) Abuso financeiro: uma violência ao idoso. Acedido em Fevereiro de 2014 em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/319.%20abuso%20financeiro.pdf.
- Maia, R. L. (2002). *Dicionário de sociologia*. Porto: Porto Editora.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In Firmino, H. (Ed.). *Psicogeriatría* (pp. 233-244). Lisboa: Almedina.
- Martins, R. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais. O idoso na sociedade contemporânea*. Acedido em Setembro de 2013 em <http://hdl.handle.net/10400.19/408>.
- Martins, R., Andrade, A. I., Rodrigues, M. L. (2010). A vida... Vista pelos idosos. *Millenium*, 39, pp. 121-130 (versão eletrónica).
- Minayo, M (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3)*, pp. 783-791 (versão eletrónica).
- Minayo, M. (2005). *Violência contra os idosos. O avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: Secretaria-geral dos Direitos Humanos.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Monzón Lara, I. (2003). *La violencia doméstica desde una perspectiva ecológica*. Acedido em Outubro de 2013 em <http://cecsyts.com.ar/biblioteca/trabajo-social/ver/0B0uT6kovy0itbndPZ1BHSm10Skk>.
- Moreira, P. (2004). *Para uma prevenção que previna* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Moreira, P. & Melo, A. (Orgs.) (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social, Vol. II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neves, I. (1998). *Crise e reforma da Segurança Social: equívocos e realidade*. Lisboa: Edições Chambel.
- Nina, E. & Paiva, C. (2001). Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. *Geriatría: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, 14(138)*, pp. 9-32.

- Observatório das desigualdades. Acedido em Janeiro 2014 em <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index?page=new&id=191>.
- O'Connor-Fleming, M. (1999). Na evaluation of healthy ageing programs. *Australasian Journal on Ageing*, 18 (3), pp. 63-69. Acedido em Fevereiro 2016 em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6612.1999.tb00892.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER.
- Olivier, C. (2001). *Violência Pessoal e Familiar – Suas Origens*. Lisboa: Prefácio.
- Oliveira, F & Oliveira, R. (2007). As pessoas idosas no Brasil: contexto demográfico, Político e Social. In Osório, A. & Pinto, F. (Coords.). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp.105-129). Lisboa: Instituto Piaget.
- OMS, Acedido em Março de 2014 em www.who.int.
- OMS & DGS (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Acedido em Março de 2014 em <http://arquivo.esse.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>
- Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pais, M. (2007). Análise sociológica da solidão na pessoa idosa. *II Congresso Português de avaliação e intervenção em Gerontologia Social*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Acedido em Abril de 2013 em <http://hdl.handle.net/10216/64540>.
- Paúl, C. (2005) *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Acedido em Abril de 2013 em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In Firmino, H. (Ed.). *Psicogeriatrics* (pp. 43-68). Lisboa: Almedina.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

- Pereira, M. & Mateos, R. (2006). A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. In Firmino, H. (Ed.). *Psicogeriatría* (pp. 541-560). Lisboa: Almedina.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1ª ed., pp-77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinhel, M. (2011). *A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar*. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social, orientada por Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus, Bragança.
- Pinto., F. (2007). A terceira idade: idade da realização. In Osório, A. & Pinto. F. (Coords.). *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa* (pp.75-104). Lisboa: Instituto Piaget.
- Poiars, C. (2004). *Justiça, Exclusão Social & Psicologia ou Estranhas formas de vida*. Reformulação do texto que serviu de base à comunicação “Nas margens de ninguém”, apresentada no II Congresso Internacional da Área de Psicologia e do Comportamento Desviante – Estranhas formas de vida, Lisboa.
- Poiars, C. (2012). (Des) Convivências & Violências. In Poiars, C. (Ed.). *Manual de Psicologia Forense e da exclusão Social. Rotas de Investigação e de Intervenção – Vol. I*. (1ª ed., pp.205-219). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Provedor de Justiça (2012). *Relatório à Assembleia da República*. Acedido em Abril de 2014 em http://www.provedor-jus.pt/site/public/archive/doc/Relatorio_AR__2012_v3.pdf.
- Quaresma, M. (1998). *Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas*. Trabalho apresentado na Conferência dos Séniores. Lisboa: Direção-Geral de Ação Social.
- Ribeiro, L., Ferreira, R. & Lima, M. (2012). *Positividade – Intervenção com Pessoas Idosas*. Porto: PositivAgenda- Edições Periódicas e Multimédia, Lda.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento: factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Climepsi.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D’Água Editores.
- Rowe, J., Kahn, R. (1997). *Successful aging*. Acedido em Setembro de 2013 em <https://books.google.pt/books?id=iyux5gD2iZ4C&pg=PA27&dq=successful+aging+r>

- owe+%26+kahn+the+gerontologist&hl=pt-PT&sa=X&ei=V6mIVOaoMYvxaOf6gogG&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q=successful%20aging%20rowe%20%26%20kahn%20the%20gerontologist&f=false.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1998). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sayer, A. & Barker, D. (2002). The early environment, developmental plasticity and aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12(3), pp. 205-212. Acedido em Fevereiro de 2014 em <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=145643&fileId=S0959259802012339>.
- Scortegagna, P. & Oliveira, R. (2012). *Idoso. Um novo ator social*. IX ANPED Sul. Seminário de Pesquisa em Educação da região Sul. Acedido em Janeiro de 2016 em <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L. Galante, H & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar nos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3) [versão eletrónica], Acedido em Janeiro de 2016 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>.
- Sousa, L., Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coords.). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (1ª ed., pp. 255-271). Lisboa: Lidel.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Wall, K. (org.) (2005). *Famílias em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Walker, A. (1981). Toward a Political Economy of Old Age, *Ageing and Society*, 1. Acedido em Março de 2014 em <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=297391&jid=ASO&>

volumeId=1&issueId=01&aid=297390&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=.

Vaz, E. (1998). Mais Idade e Menos Cidadania. *Revista Análise Psicológica*, 4 (XVI), pp 621-623.

Vieira, R. (2015). O papel da comunidade e das famílias no envelhecimento ativo e no cuidar de idosos: o serviço social de relação. Disponível em <http://www.eas.pt/o-papel-da-comunidade-e-das-familias-no-envelhecimento-ativo-e-no-cuidar-de-idosos-o-servico-social-de-relacao/#INEIN>. Acedido em Fevereiro de 2016.

Xiberras, M. (1993). *As Teorias da Exclusão. Para uma Construção do Imaginário do Desvio*. Lisboa: Instituto Piaget.

APÊNDICES

Apêndice I

Guião para entrevista aos idosos

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Género: Feminino Masculino

Doenças existentes:

O sujeito é autónomo? Sim Não

Família existentes:

(Se a resposta anterior for SIM, continuar a entrevista. Se for NÃO terminar por aqui e encaminhar para outro tipo de apoios).

		SIM	NÃO
1	Quando se levanta sente-se habitualmente bem-disposto?		
2	Tem vontade de fazer coisas novas?		
3	Sente que se esquece muito das coisas?		
4	Gosta de estar ocupado?		
5	Sente-se aborrecido frequentemente?		
6	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?		
7	Sente-se feliz?		
8	Contacta regularmente com pessoas de família?		
9	Quando se levanta não tem vontade de fazer nada?		
10	Prefere ficar em casa em vez de fazer coisas novas?		
11	Tem medo que lhe aconteça algo?		

12	Sente que é ótimo estar vivo?		
13	Tem medo que lhe façam mal?		
14	Sente-se sozinho?		
15	Fica aborrecido por a sua família não o procurar?		
16	Sente-se pouco útil?		
17	Tem muitas atividades no seu dia-a-dia?		
18	Sente-se triste?		
19	Sente que se esquece das coisas muitas vezes?		
20	Sente-se cheio de energia?		
21	Tem esperança no futuro?		
22	Está satisfeito com a sua vida?		
23	Tem boa relação com os seus vizinhos?		
24	Tem muitos amigos?		
25	Sente que a sua memória já não é a mesma?		
26	Gostaria de conhecer pessoas novas?		
27	Gostaria de fazer atividades com pessoas novas?		