



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Maltrato a pessoas idosas

Manual de treino para formadores e profissionais



© Parceira do projecto SAFE
Autores: Sirkka Perttu & Henriikka Laurola (VOIVA)



Esta publicação foi produzida com o Apoio Financeiro do Programa Erasmus+ da Comissão Europeia. Os conteúdos desta publicação são da única responsabilidade do projecto SAFE, não podendo ser tomados como reflectindo as visões da Comissão Europeia.

Índice

Índice	2
Introdução	3
Objetivos do manual.....	3
Usar estudos de caso na formação.....	4
Módulo 1: Perspetivas de violência contra pessoas idosas.....	4
Módulo 2: Trabalhar com uma pessoa idosa sobrevivente.....	15
Módulo 3: Procedimentos práticos	24
Módulo 4: Trabalhar enquanto profissional.....	32
Módulo 5: Realizar Formações com Profissionais de Saúde e Sociais.....	39
Apêndice 1: Livro de exercícios.....	40

Introdução

Este manual foi criado para professores e formadores para educar e treinar na prevenção e na resposta à violência e abuso contra pessoas idosas. O principal grupo alvo para a formação são os profissionais de saúde e de serviço social. Os formadores devem ter experiência de campo no trabalho com pessoas idosas vítimas e sobreviventes, para compreenderem as necessidades educativas dos profissionais. Este manual fornece informações assim como instrumentos educativos potencialmente poderosos. Este manual fornece ideias para uma educação básica de estudantes de cuidados de saúde e de serviço social e um treino mais aprofundado de profissionais.

A violência contra pessoas idosas e o cuidado a elas dirigido partilham uma mesma área de conhecimento. O manual está dividido em 5 módulos:

- 1) Módulo 1 – Perspetivas de violência contra mulheres mais velhas
- 2) Módulo 2 – Trabalhar com um adulto idoso sobrevivente
- 3) Módulo 3 – Procedimentos práticos
- 4) Módulo 4 – Trabalhar enquanto profissional
- 5) Módulo 5 - Realizar Formações com Profissionais de Saúde e de Serviço Social

Cada módulo inclui os tópicos e o seu referencial teórico, objetivos de aprendizagem e mensagens chave. Os objetivos de aprendizagem ajudam o formador a construir os conteúdos da formação e as mensagens chave focam-se em questões chave durante a formação. É importante que o formador saiba o que quer que os formandos alcancem durante cada sessão e exercícios. O formador oferece os fundamentos básicos de conhecimento e ajuda aos profissionais a ligar os seus conhecimentos existentes e as suas habilidades assim como as suas experiências passadas com o novo conhecimento. O manual é baseado em estudos recentes e conhecimento em campo assim como de experiências alcançadas com atividades do projeto SAFE. Os métodos de formação sugeridos (exercícios) são publicados como um manual separado.

Objetivos do manual

- melhorar o desenvolvimento profissional de professores e formadores para trabalharem como educadores na violência contra pessoas idosas e questões específicas do género
- melhorar a qualidade do ensino e formação desenvolvendo um currículo de formação orientado para a vida de trabalho
- Capacitar os profissionais de saúde e de serviço social de identificar e intervir em situações de abuso de pessoas idosas
- Apoiar profissionais e autoridades de saúde e de serviço social assim como outros interessados a desenvolver medidas de intervenção em casos de violência doméstica contra pessoas idosas
-

Usar estudos de caso na formação

- Ao usar estudos de caso os participantes tornam-se ativamente envolvidos na resolução de problemas, com pensamento analítico e crítico, tomada de decisão em situações complexas e coping com as ambiguidades dos casos.
- Estudos de caso são particularmente úteis em cursos de curta duração. Também fornecem simulações realistas da vida real.
- Em cursos mais longos pode ser mais eficaz para os participantes desenvolverem os seus próprios estudos de caso baseados nas suas experiências profissionais.
- O formador pode fazer questões criadas para fazer os participantes focarem-se em aspetos particulares do problema. Estudos de caso também podem ter auxiliares visuais, como vídeos.
- Os estudos de caso podem ser também usados em role playing: o formador pode dar aos participantes apenas parte do estudo de caso e pedir aos participantes para representarem a cena.
- O formador pode usar ferramentas para uma abordagem sistemática dos estudos de caso como, por exemplo, a análise FOFA ou SWOT (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), ou questões:
 - Qual o problema neste caso?
 - Qual o contexto do problema?
 - Qual o objetivo da resolução de problemas na situação?
 - Que fatores chave devem ser considerados?
 - Que alternativas estão disponíveis no caso?
 - O que recomendaria como solução — e porquê?

Módulo 1: Perspetivas de violência contra pessoas idosas

Tópicos

- Definições
 - Abuso de pessoas idosas
 - Violência contra mulheres idosas
 - Violência doméstica
- Teorias de abuso
- Diversidade nas formas de violência contra pessoas idosas
 - Prevalência, formas, e características únicas na violência contra mulheres idosas
 - Agressores de mulheres idosas
- Abordagem dos direitos humanos e dos direitos das mulheres

Objetivos de aprendizagem

Os participantes

- Compreender a base do género na violência contra as mulheres
- Compreender a diversidade da violência contra as mulheres
- Compreender porque a violência acontece – conseguir descrever teorias de violência contra pessoas idosas
- Perceberem o *ageism* e a discriminação de género da perspectiva dos Direitos Humanos e Direitos das Mulheres
- Desafiarem as suas próprias atitudes e crenças sobre mulheres idosas

Mensagens chave

- É essencial ajudar os participantes a consciencializarem-se dos seus pensamentos, atitudes e crenças sobre as pessoas idosas e a violência contra as mesmas
- A violência contra pessoas idosas é um fenómeno diferente comparado com a violência contra outros grupos etários
 - o Mudanças na saúde física e cognitiva e a sua relação com a violência são vistos como fatores de risco;
 - o Como o *ageism* é visto ou experimentado pelas pessoas e pela sociedade
 - o Como envelhecer é visto pela pessoa e pela sociedade
- a violência contra mulheres idosas tem as suas próprias características por causa da situação destas mulheres

Métodos de formação sugeridos

Exercício 1: Consciencialização sobre pensamentos, atitudes e crenças sobre mulheres idosas

Exercício 2: Crenças sobre o envelhecimento e sobre pessoas idosas

Exercício 3: Expetativas para homens e para mulheres na sociedade

Exercício 4: Mitos e factos sobre violência contra pessoas idosas

Exercício 5: Qual a sua opinião sobre direitos humanos?

Exercício 6: Teorias de violência contra pessoas idosas

Exercício 7: Violência contra mulheres jovens e idosas

Definições

Abuso de pessoas idosas

Quando falamos sobre violência e abuso para com pessoas idosas, o termo “abuso de pessoas idosas” é normalmente usado. A definição mais usada é a da Action on Elder Abuse em 1995¹, segundo a qual o abuso de pessoas idosas é:

“Um ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, que ocorre em qualquer relação onde há uma expetativa de confiança e que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa.”

¹ Action on Elder Abuse (n.d.) What is Elder Abuse? Available at: <https://www.elderabuse.org.uk/Pages/Category/what-is-it>

Um grupo Irlandês que trabalha com abuso de pessoas idosas (2002) frisou também a importância de pensar no abuso de pessoas idosas como um constructo que cobre o dano infligido a pessoas idosas ou a violação dos seus direitos humanos e cívicos². De um modo geral tem sido debatido se a expressão “relação onde há uma expectativa de confiança” partilhada entre estas definições deve ser um factor definidor deste fenómeno. O abuso por vezes ocorre sem nenhuma expectativa de confiança e na total ausência de uma relação entre o abusador e a vítima, por exemplo em casos de fraude e roubos.³ A seguinte definição mais abrangente tem sido usado pelo Departamento de Justiça e pelo Departamento dos Serviços Humanos dos Estados Unidos (2014)⁴ que leva tais incidentes em consideração:

O abuso de pessoas idosas “inclui abuso físico, sexual ou psicológico, assim como negligência, abandono ou exploração financeira de uma pessoa idosa por outra pessoa ou entidade, que ocorre em qualquer ambiente (exemplo: casa, comunidade ou lar), quer seja numa relação onde há uma expectativa de confiança, e/ou quando a pessoa idosa é vitimizada por causa da sua idade ou limitação.”

Violência contra mulheres idosas

O abuso a pessoas idosas pode partilhar o mesmo comportamento abusivo que ocorre em outras idades. Uma mulher idosa pode ser vítima de abuso por um companheiro durante toda a sua vida. Vítimas mais jovens e mais velhas partilham as mesmas características e consequências, tais como o medo da retaliação e da estigmatização, o desejo de não abandonar o lar e de proteger o abusador, sofrimento emocional e, em casos que envolve pessoas com capacidades reduzidas, dificuldade em denunciar o abuso. Contudo, apesar das semelhanças do abuso ao longo do ciclo de vida, existem diferenças profundas em termos do tipo de intervenções que são apropriadas e que tipos de serviços estão disponíveis.

Este currículo usa o termo “violência contra pessoas idosas” quando está a descrever de forma geral este fenómeno. Contudo este currículo frisa a natureza de género da violência contra pessoas idosas. O fenómeno da “violência contra mulheres idosas” está enraizado nas mesmas desigualdades de género que a “violência contra as mulheres”. A violência contra as mulheres idosas foi definida por WHO EM 2014⁵ e 2015⁶ como:

² Working Group on Elder Abuse (2002). Protecting Our Future. Report of the Working Group on Elder Abuse. September 2002. Available at: http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/73_ProtectingourFuture.pdf

³ M. O’Brien et al. (2016). Elder Abuse, Context and Theory: Finland, Ireland, Italy and Romania. A publication by Erasmus+ S.T.Age project. Available at: http://www.combatinglelderabuse.eu/wp-content/uploads/2016/04/Booklet_stage.pdf

⁴ M-T Connolly, B. Brandl and R. Breckman (2014). The Elder Justice Roadmap. A Stakeholder Initiative to Respond to an Emerging Health, Justice, Financial and Social Crisis. US Department of Justice & Department of Health and Human Services. Available at: <https://www.justice.gov/file/852856/download>

⁵ World Health Organization (2014). Worldwide action needed to address hidden crisis of violence against women and girls. News release 21.11.2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-women-girls/en/>

⁶ World Health Organization (2015). World report on ageing and health. Available at: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

“Qualquer ato que tem por base o gênero e resulta, ou pode resultar em lesões físicas, mentais ou sexuais ou sofrimento” em mulheres idosas, “e que incluem tais atos como ameaças, coerção, limitação da liberdade, quer ocorram na vida pública ou privada”. “Isto pode incluir abuso financeiro, exploração ou privação de recursos, negligência e abandono.”

Violência doméstica

A violência contra mulheres mais velhas pode ser perpetrada por pessoas que não têm uma relação de confiança com a vítima, dado que pode acontecer em comunidade ou no contexto de uma instituição de cuidados. Este currículo usa o termo “violência doméstica” para chamar à atenção particularmente para a violência e abuso que incluem uma dinâmica de relações próxima/familiar. Isto serve para melhor acomodar os grupos alvo deste manual. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência doméstica pode ser definida como:

“... qualquer comportamento numa relação íntima que causa mal-estar físico, psicológico ou sexual para aqueles na relação, e que inclui atos de agressão física, sexual, coerção, abuso psicológico e comportamentos controladores.”

Por vezes a violência doméstica também é referida como abuso doméstico ou violência familiar. A violência doméstica contra mulheres frequentemente tem o formato de Violência Íntima do Parceiro (VIP) e tem elementos coercivos. As mulheres são, muito mais provavelmente que os homens, vítimas da VIP e de serem feridas ou mortas por um parceiro íntimo.⁷ A VIP entre pessoas idosas pode-se manifestar de duas formas, uma VIP que surgiu na relação cedo, ou como uma nova experiência quando as pessoas envelhecem. Novas experiências de violência em idade avançada também podem corroer quando a pessoa inicia um novo relacionamento, por exemplo, um novo casamento. O desenvolvimento da VIP na relação, como parte do ciclo de vida, é abuso que se inicia cedo e continua pela idade avançada da vítima.⁸

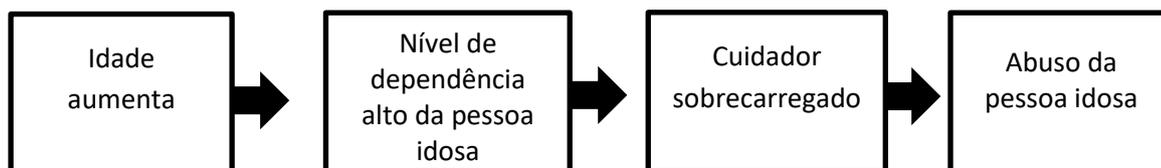
Teorias de abuso

Teorias que representam uma forma sistemática de entender comportamentos, situações e eventos. A orientação teórica não só guia o estudo de uma questão social assim como integra várias abordagens teóricas em intervenções práticas. De modo a intervir de forma profunda, os profissionais devem entender a questão e estudá-la em toda a sua complexidade. As teorias mais comuns que procuram explicar a violência contra a pessoa idosa incluem:

⁷ G. Zara & S. Gino (2018). Intimate Partner Violence and its Escalation Into Femicide. Frailty thy Name Is "Violence Against Women". *Frontiers in psychology*, 9, 1777.

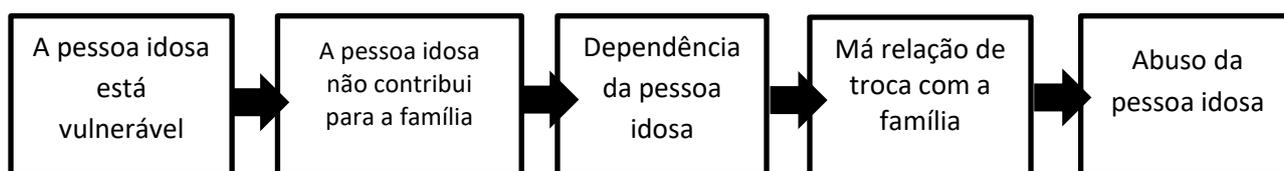
⁸ C. Policastro & M. Finn. (2015). Coercive Control and Physical Violence in Older Adults: Analysis Using Data From the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Interpersonal Violence* May 14, 2015, 1–20.

Teoria de Stress do Cuidador que se foca nos membros da família que cuidam de um adulto idoso com necessidades significativas de cuidado. Sem apoio, o cuidador pode não conseguir gerir adequadamente a sua responsabilidade e tornar-se frustrado e sobrecarregado, o que leva ao abuso. Em muitas situações, o cuidador pode não ter conhecimento das competências necessárias para gerir uma situação em particular, ou podem não ter consciência que o seu comportamento constitui abuso. O modelo do stress do cuidador tem sido criticado por dar a ideia de que a violência ocorre porque cuidar é muito difícil.⁹ Esta mensagem indiretamente culpa a vítima por ser necessitada e liberta os abusadores da responsabilidade do seu comportamento abusivo.



Fonte do gráfico: Mathew and Nair (2017)¹⁰

Teoria da troca social foca-se na troca social nas relações. Baseia-se na ideia de que a interação social envolve a troca de recompensas e de punições entre pelo menos duas pessoas e que todos os indivíduos procuram a recompensa máxima e realizam serviços instrumentais. Este equilíbrio é quebrado, ou percebido como quebrado, quando uma das partes sente que não está a ter um justo retorno pelos seus esforços, e deste modo a parte em desvantagem pode usar o abuso. Por exemplo, um filho que cuida do pai pode sentir que tem direito a uma parte da pensão do pai.¹¹ Na teoria da troca social do envelhecimento, há uma perda percebida do status e poder associada com o envelhecimento. Porque os recursos diminuem com a idade (exemplo: saúde, ganhos, papéis na comunidade, capacidade de trabalhar e cuidar dos outros), as pessoas idosas têm maior probabilidade de estar em trocas sociais desiguais ou não equilibradas. Este desequilíbrio nas relações pode causar uma desvantagem de poder, onde as pessoas idosas têm de depender dos outros para terem as suas necessidades básicas satisfeitas.¹²



Fonte do gráfico: Mathew and Nair (2017)¹³

⁹ B. Brandl & J. A. Raymond (2012). Policy Implications of Recognizing that Caregiver Stress Is Not the Primary Cause of Elder Abuse. *Generations – Journal of the American Society on Aging*. Fall 2012, Vol. 36. No. 3.

¹⁰ A. Mathew and S. B. Nair (2017). Theoretical Perspectives on Elder Abuse: A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)* Volume 22, Issue 9, Ver. 4 (September. 2017).

¹¹ Y. Momtaz, T. Aizan Hamid & R. Ibrahim (2013). Theories and measures of elder abuse. *Review Article. Psychogeriatrics* 2013; 13: 182–188.

¹² J. Dowd (1975). Aging as Exchange: A Preface to Theory. *Journal of Gerontology* 1975, Vol. 30, No. 5, pp. 584-594.

¹³ A. Mathew & S. B. Nair (2017). Theoretical Perspectives on Elder Abuse: A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)* Volume 22, Issue 9, Ver. 4 (September. 2017).

Teoria da aprendizagem social propõe que a violência é aprendida através do processo da modelagem em que onde a pessoa aprendeu em contextos precoces que usar a violência pode resolver conflitos ou dar um resultado desejado. Por exemplo, uma criança ao observar a relação dos pais aprendeu que uma relação abusiva lhe pode dar o que ela quer. Na violência contra pessoas idosas, um filho pode abusar dos pais dado que os papéis de cuidador foram invertidos. Adicionalmente, quando um esposo abusivo fica doente ou limitado, o esposo previamente abusado pode começar a vingar-se deste.¹⁴

Teoria do poder e controlo, Teoria Feminista frisa o poder dos homens e o seu controlo sobre as mulheres. De acordo com esta abordagem, a violência dos homens contra as mulheres não deve ser vista como arbitrária, mas dentro do seu contexto social e cultural: entre as práticas que inclui os homens manterem as mulheres numa posição subordinada, a violência e o abuso são as formas mais eficazes de controlo. Esta teoria foca-se no abuso conjugal como uma dimensão de violência contra pessoas idosas, onde as mulheres idosas são mais vulneráveis pois têm menos poder que os homens.¹⁵

Teoria da inteligência geracional oferece uma visão sobre a violência contra as pessoas idosas que incorpora as relações interpessoais e o ambiente social mais vasto. Para Biggs e Lowenstein (2011)¹⁶ a inteligência geracional é “a capacidade de refletir e atuar que é baseada na compreensão de si mesmo, do seu ciclo de vida, da família e da história social, situadas num contexto social e cultural”. De acordo com esta teoria, as atitudes e ideias sobre outras gerações e outras faixas etárias são moldadas pela sociedade e a cultura. Atitudes sociais negativas relativas a adultos idosos são reconhecidas como elementos permissivos de violência, criando um contexto ou espaço social que torna estes comportamentos possíveis. No contexto da inteligência geracional, a violência contra pessoas idosas é vista como uma forma de relações tóxicas intergeracionais, devidas ao *ageism* e a ambientes organizacionais disfuncionais.¹⁷

A Teoria do Modelo Ecológico (Teoria Social da Ecologia) explora a relação entre os fatores individuais e contextuais que explicam a violência como resultado de múltiplos fatores que influenciam o nosso comportamento. A teoria ecológica é útil para entender a violência contra pessoas idosas porque oferece uma visão mais abrangente de fatores de risco, prevenção e intervenções que se aplicam a vítimas idosas, aos agressores e ao contexto social mais abrangente.

A ecologia social tem sido aplicada como o Modelo Ecologista pela WHO¹⁸ que examina as origens e os fatores de risco de violência contra pessoas idosas. Os seguintes sistemas podem-se sobrepor dado que os fatores de risco encontrados num sistema podem aparecer noutros:

¹⁴ Y. Momtaz, T. Hamid and R. Ibrahim (2013). Theories and measures of elder abuse. Review Article. *Psychogeriatrics* 2013; 13: 182–188.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ S. Biggs & A. Lowenstein (2011). *Generational Intelligence: A Critical Approach to Age Relations*. London: Routledge. 1st edition.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Krug EG, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano 2002 (ed.). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization. Geneva.

- Microsistema (nível individual) refere-se à relação entre a pessoa idosa e a sua relação com o cuidador e a família mais próxima
- Mesossistema (nível da relação) refere-se à relação entre a pessoa idosa e a sua comunidade mais abrangente
- Exossistema (nível da comunidade) foca-se nas interações, por exemplo entre a pessoa idosa e os serviços de cuidados na comunidade e na sociedade, e o seu impacto no seu bem-estar
- Macrossistema (nível da sociedade) refere-se às crenças e atitudes para com as pessoas idosas, por exemplo como as pessoas idosas são vistas pela sociedade

Diversidade nas formas de violência contra pessoas idosas

Prevalência da violência contra pessoas idosas

É difícil estimar a prevalência da violência contra as pessoas idosas na nossa sociedade. Muito país tem sistemas de reporte mais desenvolvidos do que outros onde os dados não são recolhidos de forma sistemática. A nível europeu, o projeto III AVOW, forneceu as seguintes taxas de prevalência de abuso em mulheres idosas com 60 anos ou mais nos países participantes (Áustria, Bélgica, Finlândia, Lituânia e Portugal): negligência: 5.4%; abuso emocional: 23.6%; abuso financeiro: 8.8%; abuso físico: 2.5%; abuso sexual 3.1%; violação de direitos: 6.4%; abuso de um modo geral: 28.1%¹⁹.

Os seguintes parágrafos vão falar sobre as prevalências de abuso nos países do projeto SAFE (Finlândia, Roménia, Itália, Grécia e Portugal) separadamente com recurso a fontes adicionais).

Na **Finlândia** os números variam consoante a literatura. Kivelä et al. (1992)²⁰ reporta que entre as idades de 60 até 75 anos, 9% das mulheres e 3% dos homens sofrem abusos, subindo para 8.3% para mulheres e 7.7% para os homens considerando pessoas idosas com mais de 75 anos, conforme dados recolhidos em dois municípios na Finlândia. O projeto AVOW descobriu que 25% das mulheres idosas finlandesas tinham sofrido algum tipo de abuso nos últimos doze meses.²¹ Questionários à população na Finlândia e países nórdicos mostram ainda que entre 4 a 6% das pessoas idosas sofrem algum tipo de abuso em casa, e que o abuso ou negligencia nas instituições pode ser mais extenso do que originalmente pensado.²²

¹⁹ Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

²⁰ S-L Kivelä et al. (1992). Abuse in old Age – Epidemiological Data from Finland. Journal of Elder Abuse and Neglect. 4(3). 1-18.

²¹ M-L. Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

²² M-L Luoma & M. Koivusilta, (2010) Literature review, Finland and the Nordic countries. National Institute for Health and Welfare, Finland.

Em **Itália** a prevalência da violência contra pessoas idosas pode ser estimada através de investigação comparativa realizada a nível da EU. Por exemplo o projeto ABUEL, Abuso e Saúde entre a população idosa da Europa (2012) utilizou uma amostra de pessoas entre os 60-84 anos em Itália e descobriu que 13.4% dos questionados reportavam abuso – excluindo o abandono e a negligência²³. Esta amostra não incluiu as pessoas idosas mais vulneráveis nem aquelas a vender em lares ou outros contextos de cuidados. Os homens eram mais vítimas que as mulheres (60.7%, homens; 39.3% mulheres). E as pessoas entre os 70-74 anos tinham as maiores taxas incidentes de abuso.²⁴

Em **Portugal**, o primeiro estudo de prevalência nacional, “Envelhecimento e Violência” estimou a prevalência do abuso de negligência das pessoas idosas durante um período de 12 meses. Este estudo foi conduzido através de questionários telefónicos numa amostra probabilisticamente representativa (N = 1,123). De um modo geral, 12.3% dos adultos idosos já tinham sofrido violência em ambiente familiar.²⁵ No estudo AVOW²⁶ a prevalência de um modo geral de abuso da pessoa idosa em Portugal era tão alta como 39.4%.

Na **Grécia** não há dados oficiais sobre vítimas de violência doméstica e violência contra pessoas idosas. De acordo com os resultados do estudo ABUEL²⁷ a prevalência de abuso na Grécia nos últimos 12 meses reportavam que: 13.2% abuso psicológico, 3.4% abuso físico, 1.5% abuso sexual, 4% de abuso financeiro e lesões 1.1%. O mesmo estudo na Grécia reportava que as taxas de abuso e lesões nas mulheres idosas eram mais elevadas que nos homens idosos.

Na **Roménia** há falta de dados relativamente à prevalência de violência contra pessoas idosas. Contudo o Questionário Especial do Eurobarómetro²⁸ descobriu que a Roménia é o único país dentro da EU onde a maioria da população (86%) considera que os maltratos, a negligência e o abuso de pessoas idosas está espalhada a nível nacional. A Roménia também teve as pontuações mais altas a nível de perceber o risco das pessoas idosas serem mal tratadas na generalidade: 84% da população da Roménia acredita que as pessoas idosas vivem em más condições de habitação, 86% considera que as pessoas idosas não tem suficiente ajuda para as suas necessidades físicas, 84% considera que recebem cuidados inadequados, 76% pensa que os adultos idosos são psicologicamente abusados e 71% pensa que eles são fisicamente abusados.

²³ Di Rosa et al. (2015). Mistreatment of older persons in Europe and in Italy Results from the ABUEL study. CAREGIVER DAY 2015 Prevenire l’Abuso verso gli Anziani Carpi (MO). Carpi.

²⁴ Ibid.

²⁵ A.P. Gil et al. (2015). Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2015;27(3):174-95.

²⁶ M-L. Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

²⁷ J. Soares et al. (2010). Abuse and Health among elderly in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.

²⁸ European Commission, Special Eurobarometer 283 (2007) Health and long-term care in the European Union. Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

Formas de violência contra pessoas idosas

Formas de violência contra pessoas idosas como definidas pela WHO (2002)²⁹, incluem:

- **Abuso físico** – infligir dor ou lesões, coerção física ou controlo pelo uso das drogas. O abuso físico pode incluir: bater, estalos, empurrões, pontapés, cuspir, mau uso de medicação, prender e sanções inapropriadas.
- **Abuso emocional ou psicológico** – infligir abuso emocional, verbal, privação de contato, humilhação, culpabilização intimidação, controlo, coerção, assédio, isolamento, ou retirada dos serviços e redes de apoio.
- **Abuso financeiro ou material** – exploração ilegal ou imprópria de ou uso de fundos ou recursos. Pode incluir roubo, coerção, fraude, exploração, pressão com testamentos, propriedades, heranças e transações financeiras, mau uso de um advogado ou apropriação ilegal de propriedades, posses ou benefícios.
- **Abuso sexual** – toque ou contacto sexual não consentido de qualquer tipo com a pessoa idosa. A violência sexual pode ser uma continuação da violência doméstica em qualquer idade. Também podem incluir atos incestuosos com a pessoa idoso. Estes atos também serão qualificados como abuso sexual se a pessoa não tiver capacidade para consentir.
- **Abandono/Negligência** – refusa intencional ou não, ou falha na prestação de cuidados ao, por exemplo, ignorar as necessidades físicas e médias da pessoa, não lhe dar acesso à saúde, cuidados sociais e serviços educacionais, não dar cuidados de vida como medicamentos, nutrição adequada, ou equipamento apropriado.

Características únicas na violência contra mulheres idosas

A maior parte da literatura sobre a violência contra pessoas idosas não presta grande atenção há questão do género. Contudo, muitos investigadores têm criticado o uso de termos neutros de género como “abuso da pessoa idosa” em particular por causa dos desafios e circunstâncias únicos que as mulheres idosas experienciam como vítimas de violência. Existe falta de visibilidade da mulher idosa no discurso contra a violência perpetuada contra as mulheres.³⁰ Existe uma lacuna grande entre cuidado da pessoa idosa, violência doméstica e serviços feministas das mulheres também em prática: serviços de cuidado da pessoa idosa não presta atenção ao género da vítima e os serviços feministas não prestam atenção às mulheres idosas como vítimas.

Em termos das características dos fenómenos, as mesmas tendências que se observam nos jovens observam-se nas pessoas idosas. Poder e controlo tem papéis centrais na violência contra mulheres

²⁹ World Health Organization (2002). World report on violence and health. Geneva:WHO. Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/

³⁰ UN DESA Division for Social Policy and Development (2013). Neglect, abuse and violence against older women. United Nations. Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/neglect-abuse-violence-older-women.pdf>

idosas: mulheres idosas são geralmente mais vítimas do que os homens e a maioria dos agressores são homens. A desigualdade e discriminação sofridas pelas mulheres intensifica-se com a idade.³¹ Especificamente falando, a mulher idosa tem discriminações cumulativas: sofrem discriminação por causa do seu género ao longo do seu ciclo vital e quando envelhecem sofrem também *ageism*. Mulheres idosas vítimas de violência tem três vezes mais probabilidade de sofrerem abuso pois pertencem a três grupos marginalizados: são idosas, abusadas e mulheres.³² O Modulo 2 vai descrever mais a fundo os desafios e consequências que as mulheres idosas têm como vítimas de violência.

Adicionalmente às formas de abuso definidas acima, as pessoas idosas também podem sofrer formas de violência normalmente vistas em jovens adultos como controlo coercivo como forma de violência do parceiro íntimo, assédio sexual e perseguição. Isto diz respeito sobretudo a mulheres idosas.

- **Controlo coercivo** é um padrão de comportamento que envolvem o uso de violência pelo parceiro ou de táticas relacionadas como o isolamento, abuso emocional, e/ou económico, como forma de manter controlo sobre todos os aspetos da vida da pessoa. A vítima torna-se cativa num mundo irreal criado pelo agressor, e fica presa num mundo de confusão, contradição e medo. Este tipo de violência segue padrões regulares de comportamento.³³
- **Assédio sexual** é uma forma não desejada de avanços sexuais, pedido de favores sexuais e outras formas verbais ou de conduta de natureza sexual.
- **Perseguição indesejada** ou com uma atenção obsessiva. Os comportamentos persecutórios estão relacionados com o assédio e a intimidação, mas podem incluir seguir ou monitorizar a pessoa.

Agressores de mulheres idosas

A investigação tem demonstrado que 50% dos agressores de mulheres idosas são os companheiros/maridos. Profissionais de saúde e sociais habitualmente veem os filhos como os principais agressores. Isto é uma construção errada feita em parte porque habitualmente os filhos identificados como agressores tem problemas mentais ou de abuso de substâncias, de modo que se tornam usuários dos serviços de cuidados de saúde e sociais.

A prevalência do tipo de agressor no estudo da AVOW³⁴ difere segundo o tipo de abuso. A categoria mais proeminente do agressor de abuso físico e sexual nas mulheres de qualquer idade era o

³¹ P. Brownell (2014). Neglect, abuse and violence against older women: Definitions and research frameworks. Review article. SEEJPH 2014, posted: 13 January 2014.

³² B. Penhale (2003). Older Women, Domestic Violence, and Elder Abuse: A Review of Commonalities, Differences, and Shared Approaches. Journal of Elder Abuse & Neglect, 15: 3-4, 163-183.

³³ S. Walby & J. Towers (2018). Untangling the concept of coercive control: Theorizing domestic violent crime. Criminology & Criminal Justice 2018, Vol. 18(1) 7–28.

³⁴ Luoma et al. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

marido/companheiro (50.7% a 55.4% respectivamente). Maridos/companheiros também era a categoria mais prevalente de agressor de abusos emocionais (43.9%) e violação dos direitos (59%). Enquanto que os esposos permanecem a categoria mais elevada para abuso financeiro (33.7%), a categoria seguinte eram as filhas/filhos/noras/genros (28.7%). A categoria mais prevalente de negligência, contudo eram as filhas/filhos/noras/genros (40.6%), seguido dos esposos (17.3%), cuidadores pagos (15.8%) e outros membros da família (15.5%).

Abordagem dos direitos humanos e dos direitos das mulheres

Violência contra as pessoas idosas é uma forma de violação dos direitos humanos. Em particular, diferentes formas de abuso podem violar os direitos humano individuais tais como o direito à autonomia, à liberdade e à privacidade. Ao mesmo tempo, a violação dos direitos humanos pessoais das pessoas idosas pode ser vista como uma forma de abuso em si mesmos. Profissionais, investigadores e o estado estão a tornar-se mais e mais conscientes de que têm de proteger as pessoas idosas de maltratos e que têm de empoderar as pessoas idosas ao tornar a abordagem focada nos cuidados, numa abordagem focada nos direitos. Como resultado, os direitos humanos estão rapidamente a tornar-se a base da prevenção dos maus tratos das pessoas idosas.

Os direitos humanos são os padrões mínimos necessários para que os indivíduos consigam viver com dignidade e sejam tratados com respeito. São garantias legais que protegem os indivíduos e grupos contra a quebra dos seus direitos fundamentais de liberdade e dignidade. São tanto os direitos como as obrigações. Os Estados assumem que as obrigações e deveres dos direitos devem ser respeitados, protegidos e cumpridos pela lei internacional. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (UN) em 1948 é o instrumento de direitos humanos mais importante que existe. A ideia fundamental da declaração está descrita no Artigo 1 que diz que todos os seres humanos nascem livres e iguais na sua dignidade e direitos. Os direitos incluídos na declaração são o direito à vida, à liberdade, tratamento justo, possuir propriedade, educação, participação política, trabalho e lazer. A declaração também promove a não-discriminação e a igualdade dizendo que *“todas as pessoas têm direito a todos os direitos e liberdades descritos nesta Declaração, sem discriminação de nenhum tipo”*. Enquanto que a Declaração Universal dos Direitos Humanos se aplica a todas as pessoas independentemente da idade, a idade não está explicitamente listada como uma razão para discriminar alguém. Não existem de momento nenhum tipo de convenção sistémica ou regional que protejam as pessoas idosas nos seus direitos, o que complica uma prevenção eficiente da violência contra pessoas idosas.

Muitas convenções dos direitos humanos e instrumentos existem, para proteger os direitos de grupos específicos e vulneráveis. Estes grupos incluem, crianças, pessoas deficientes, e mulheres. A Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres foi adotada pela UN em 1979 e entrou em vigor em 1981. A Convenção de 2011 para prevenir e combater a violência contra as mulheres e contra a violência doméstica (Convenção de Istambul) é o primeiro instrumento na Europa para estabelecer padrões legais para prevenir a violência baseada no género. Desde 2014 quando a convenção foi posta em prática, tem sido a obrigação dos estados

para tomar medidas para prevenir a violência contra as mulheres e para proteger as suas vítimas dos agressores.³⁵

A não-discriminação é um princípio transversal nos direitos humanos internacionais. O *Ageism* e o sexismo, estereotipam e discriminam contra indivíduos e grupos na base da sua idade e sexo, criando contextos para que a violência contra pessoas idosas se torne permissível. Assim, na sociedade que respeita os direitos de todas as pessoas, o *ageism* é uma causa que tem de ser tratada a níveis do sistema e como um princípio para guiar o desenvolvimento e a implementação de melhores práticas contra a violência contra pessoas idosas. Adicionalmente aos instrumentos internacionais, como a Convenção Planeada dos Direitos dos Adultos Idosos, e às ações a nível nacional, implicações práticas contra o sexismo e o *ageism* são necessárias a nível individual, familiar e da comunidade. Os cuidados de saúde e sociais estão numa posição-chave para proteger as mulheres idosas de tratamentos que violam os seus direitos, e de as empoderar para reconhecerem e usarem os seus direitos para melhorarem o seu bem-estar.

Para mais informação sobre os direitos humanos e como estes se relacionam com as pessoas idosas ver: M. O'Brian et al. (2019). *My Human Rights, My Well-Being*. Um livro do projeto das Two Moons:

<https://twomoons.eu/outputs/>

Módulo 2: Trabalhar com uma pessoa idosa sobrevivente

Tópicos

- Sofrimento a longo-prazo e as suas consequências
 - o Trauma causado pela violência contra as mulheres idosas
- Processo da procura de ajuda e desafios de mulheres idosas vítimas de violência doméstica
 - o Porque é que as mulheres idosas não vão embora?
- Trabalhar com mulheres idosas
 - o Fatores de risco, sinais e pistas de violência
 - o Primeira Ajuda Psicológica (PAP)

Objetivos de aprendizagem

Os participantes

- Perceberem a perturbação de stress pós-traumático (PSPT) causado pela violência e os seus efeitos nas mulheres idosas abusadas
- Reconhecer sinais de violência na vida das mulheres idosas
- Melhorar a capacidade dos profissionais de trabalhar com mulheres idosas vítimas de violência e aquelas que estão em risco de violência
- Promover a qualidade do desenvolvimento de serviços do ponto de vista das necessidades das mulheres idosas

³⁵ Council of Europe (2019). Treaty No.210. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Available at: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210>

Mensagens chave

- Perceber a Perturbação do Stress Pós-Traumático em pessoas idosas como consequência a longo-prazo do abuso é um elemento chave para métodos de trabalho para os profissionais
 - o como influência o comportamento das pessoas idosas
 - na procura de ajuda
 - em como recebem ajuda
 - na capacidade de fazerem mudanças na sua vida
 - o desafios para os profissionais
- o reconhecimento de fatores de risco para a prevenção da violência é crucial (prevenção primária)
-

Métodos de formação sugeridos

Exercício 8: Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) e interação entre vítima e profissionais

Exercício 9: Análise da família em situação de prestação de cuidados

Exercício 10: Avaliação do risco

Exercício 11: Primeira Ajuda Psicológica (PAP)

Exercício 12: Discussão segura em suspeita de abuso

Sofrimento a longo-prazo e as suas consequências

O trauma individual pode ser definido como *“de um evento, série de eventos, ou um conjunto de circunstâncias que são experimentadas por um indivíduo como fisicamente ou emocionalmente dolorosas ou que põe em causa a vida e cujos efeitos adversos na capacidade do indivíduo funcionar a nível mental, físico, social, emocional ou espiritual, são duradouros”*.³⁶

A experiência do indivíduo sobre estes eventos e circunstâncias varia muito. A forma como o evento é experienciado pode estar relacionado com uma variedade de fatores, como por exemplo as crenças culturais dos indivíduos, a capacidade de dar apoio social e a idade. Ambos os aspetos do evento traumático, o contexto em que o evento ocorre e as características individuais aumentam a probabilidade da pessoa desenvolver problemas psicológicos como resposta ao trauma. A violência interpessoal tende a ser mais traumática que desastres naturais porque são é mais disruptiva para o nosso sentimento fundamental de confiança e é tipicamente sentida como intencional.³⁷ Efeitos destrutivos podem ocorrer imediatamente ou depois de um intervalo de tempo, e a duração dos

³⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2014. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

³⁷ International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Trauma Faq's. Copyright © 2004-2018 by ISSTD. <http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=75>.

efeitos pode ser a curto ou longo-prazo. As possíveis consequências físicas ou psicossociais de sofrer violência e abuso são numerosas e variáveis, mas incluem:

Consequências cognitivas e emocionais

- Impedimento cognitivo/aumento do risco de desenvolver uma demência
- Depressão, ansiedade
- Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)
- Pensamentos/Tentativas suicidas
- Aumento do risco para desenvolver reações de medo e ansiedade
- Desamparo aprendido

Consequências para a saúde física

- Risco aumentado para desenvolver doenças crônicas
- Exarcebação de condições de saúde pré-existent
- Susceptibilidade aumentada de condições de saúde
- Problemas de nutrição e hidratação
- Perturbações de sono
- Uso de substância
- Lesões, cortes, pisaduras e ossos partidos
- Problemas de ossos e articulações
- Problemas digestivos
- Dor crônica
- Risco aumentado de morte prematura

Perturbação do Stress Pós-Traumático, PSPT

A Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT) é uma desordem de ansiedade causado por eventos stressantes, traumáticos ou assustadores. É uma condição mental caracterizada pela experiência de um evento traumático como consequência do impacto psicológico que causa impacto no funcionamento normal por longos períodos. O choque emocional inicial assim como o medo, ansiedade, tristeza e raiva pode diminuir com os meses, mas o PSPT pode persistir durante décadas. À medida que as pessoas com PSPT envelhecem, não é incomum que os sintomas aumentam, ressurgam ou reemergem. Os três grupos de sintomas mais comuns do PSPT são experienciar novamente o evento traumático sobre a forma de flashbacks ou pesadelos, evitar circunstâncias relacionadas com o trauma e aumento da ansiedade. O comportamento autodestrutivo também pode ser consequência do evento traumático, tal como alcoolismo, abuso de substâncias, automutilação e tendências suicidas.

Processo da procura de ajuda e desafios de mulheres idosas vítimas de violência doméstica

Um estudo Europeu³⁸ examinou o comportamento de procura de ajuda de mulheres idosas abusadas em cinco países europeus. Enquanto que 30.1% das mulheres reportaram pelo menos uma experiência de abuso no último ano, menos de metade das vítimas falaram sobre isto num contexto informal ou reportaram-no formalmente. As vítimas de abuso por companheiros ou esposos eram as que menos procuravam ajuda. As mulheres idosas podem ter as seguintes barreiras à procura de ajuda:³⁹

- **Atitudes e crenças:** vítimas/sobreviventes idosas podem não ser acreditadas se falarem sobre violência doméstica. Existe também uma preconceção de que pessoas mais maduras devam ser melhores a lidar com o abuso.
- **Barreiras relacionadas com emoções:** medo de ficarem sozinhas depois de vários anos (ou décadas) de casamento ou de uma relação de longo-prazo; medo do desconhecido (algumas vítimas/sobreviventes idosas nunca viveram sozinhas); medo de “começar de novo”; sentir vergonha em falar sobre a sua experiência de abuso com outros; sentimentos de lealdade ou culpa para com o agressor.
- **Coping com a violência:** Muitas das vítimas/sobreviventes desenvolvem mecanismos de coping durante os anos de violência e aceitam a violência como parte do seu dia-a-dia.
- **Responsabilidade de cuidar:** O estado e papel da vítima e do agressor em termos de cuidar, doença, ou dependência é uma barreira para algumas mulheres; pode existir o preconceito de que a outra pessoa não conseguiria sobreviver sem ela.
- **Ter demasiado para perder:** A formada perda em termos de relações fraturadas com filhos e netos, mas também com animais e o papel que tinha na vida da outra pessoa, pode impedir a pessoa idosa de abandonar.
- **Estigma e vergonha:** podem impedir as vítimas idosas de contactar e desabafar o abuso com os profissionais. Algumas vítimas/sobreviventes idosas não querem aceder a estes serviços ou partilhar as suas experiências com vítimas/sobreviventes jovens.
- **Serviços em falha ou inadequados:** Muitas mulheres idosas sentem que os serviços disponíveis não são apropriados, ou não são adequados para elas; ou que não seriam aceites nesse ambiente.

Porque é que as mulheres idosas não vão embora?

Enquanto que pode haver várias razões individuais para uma mulher idosa poder escolher não abandonar a relação abusiva, a investigação tem encontrado traços comuns destas situações.

³⁸ I. Tamutiene et al. (2013). Help seeking behaviour of abused older women (Cases of Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal). *Filosofija. Sociologija*. 24. 217-225.

³⁹ M. Rogers (2016). Barriers to help-seeking: older women's experiences of domestic violence and abuse. Briefing note. Available at: <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/41328/>

Adicionalmente, às barreiras acima mencionadas, os seguintes efeitos podem contribuir para a situação:^{40 41}

Efeitos de Cohort

A geração de mulheres que tem mais de 55 anos e que criaram os filhos durante os 1960s and 1970s tem os seguintes traços:

- Foram educadas num ambiente que reforçava papéis de género tradicionais, incluindo a submissão das mulheres, o casamento como permanente e o divórcio como tabu, a importância da privacidade em questões familiares, um compromisso forte com a lealdade familiar e a solidariedade, não procurar ajuda de profissionais.

Efeitos de período

Os efeitos de período significam que as influências da história, eventos e circunstâncias externas ao indivíduo:

- Ignorância individual e institucional sobre o abuso; de criança, doentes e de violência contra pessoas idosas não era discutido ou reconhecido
- Aqueles nascidos antes de 1950, atingiram a maioridade num tempo em que a educação e independência não eram encorajadas nas mulheres

Barreiras financeiras

- Muitas não tinham empregos quando jovens, mesmo mulheres ainda nos seus anos de pré-reforma podem não encontrar trabalho por causa de *ageism* ou de falta de experiência.

Estigma e vergonha

- Mulheres idosas podem sentir vergonha ou embaraço por sofrerem de abuso dos seus parceiros especialmente vergonha de terem permitido que tal tenha acontecido por longos períodos de tempo. Aquelas que começam uma nova relação tarde na vida, podem ter vergonha de admitir que fizeram um erro.

Em linha com as considerações acima, os profissionais devem reconsiderar o que *outcomes* de sucesso significam no contexto de violência das mulheres idosas. O objetivo de retirar mulheres idosas de suas casas por vezes não é o desejado pela vítima. Prevenir a re-vitimização e reduzir o risco podem ser *outcomes* mais desejados para as mulheres idosas, ao invés de serem retiradas destes contextos abusivos.⁴²

Fatores de risco, sinais e pistas de violência contra mulheres idosas

Compreender os fatores de risco é a base para uma prevenção eficaz da violência contra as mulheres idosas. Um fator de risco é uma condição ou característica que aumenta o risco ou vulnerabilidade da pessoa a ser magoada. O género é um fator de risco significativo uma vez que os

⁴⁰ T. Zink et al. (2003). Cohort, Period, and Aging Effects. A Qualitative Study of Older Women's Reasons for Remaining in Abusive Relationships. *Violence Against Women*, Vol. 9 No. 12, December 2003 1429-1441.

⁴¹ S. Straka & L. Montminy (2006). Responding to the Needs of Older Women Experiencing Domestic Violence. *Violence Against Women*, Volume 12 Number 3, March 2006, p. 251-267.

⁴² National Institutes of Health (2015). NIH Workshop: Multiple Approaches to Understanding and Preventing Elder Abuse and Mistreatment. Available at:

https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/d7/nih_workshop_on_multiple_approaches_to_understanding_and_preventing_elder_abuse_-final.pdf

papeis familiares, sociais e culturais das mulheres contribuem para desequilíbrios de poder e podem aumentar a probabilidade de abuso. Os fatores de risco existem a diferentes níveis: nível individual (vítima ou agressor), nível relacional, e no ambiente circundante em que as pessoas vivem. Os fatores de risco de cada nível incluem⁴³:

Nível individual – pessoa idosa/vítima	Nível individual – agressor	Nível Relacional	Ambiente – sociedade e comunidade
<p>Impedimento cognitivo, doença psiquiátrica e psicológica e problemas comportamentais;</p> <p>Má saúde física e dependência funcional;</p> <p>Baixos rendimentos/pensões;</p> <p>Experiências passadas de abuso e trauma relacionado</p>	<p>Doença psiquiátrica e problemas psicológicos, mecanismos de coping inadequados;</p> <p>Exposição a abuso enquanto criança;</p> <p>Má qualidade na relação entre um cuidador e a pessoa idosa;</p> <p>Peso e stress sentido pelo cuidador;</p> <p>Assumir a responsabilidade de cuidador numa idade precoce e preparação inadequada para assumir esta responsabilidade;</p>	<p>Desarmonia familiar, relações conflituosas entre familiares;</p> <p>Níveis elevados de dependência financeira/emocional de uma pessoa dependente para com o seu cuidador ou vice-versa;</p> <p>História de comportamento disruptivo pela pessoa idosa;</p> <p>Falta de ajuda apropriada para membros da família;</p>	<p>Falta de apoio social/formal para pessoas idosas e cuidadoras ou falta de informação sobre estes serviços de apoio;</p> <p>Níveis elevados de tolerância e aceitação de comportamento agressivo;</p> <p>Níveis elevados de liberdade na tomada de decisão dos centros de cuidados de saúde e sociais e falta de fornecimento de serviços standard;</p> <p><i>Ageism</i> e atitudes negativas para com pessoas idosas;</p>

Sinais de alarme que os profissionais sociais e de saúde devem procurar quando se encontram com pessoas idosas, particularmente aquelas com limitações, incluem⁴⁴:

Sinais de negligência

- Falta de higiene básica
- Falta de quantidade adequada de comida
- Falta de cuidados médicos (óculos, bengalas, dentes, aparelhos auditivos, medicação)
- Falta de roupas limpas apropriadas
- Pessoa com demência deixada sozinha sem supervisão
- Pessoa acamada deixada sozinha sem supervisão
- Casa desarrumada, suja, sem condições, ou sem cuidados contra incêndios;
- Casa sem equipamento básico (fogão, frigorífico, aquecedor, canalização e eletricidade)

⁴³ S. Perttu (2018): WHOSEFVA Training Materials. Daphne project 2016-2018. <http://whosefva-gbv.eu/>

⁴⁴ Center of Excellence on Elder Abuse and Neglect (2019). Red flags of abuse. University of California, Irvine. Available at: <http://www.centeronelderabuse.org/red-flags-of-elder-abuse.asp>

- Úlceras de pressão por tratar

Sinais de abuso financeiro

- Falta de coisas que a vítima podia comprar
- Uma pessoa idosa dar compensação desadequada pelos cuidados recebidos
- Cuidador tem controlo das finanças da pessoa idosa, mas não asseguram que as suas necessidades estão asseguradas
- O cuidador é sustentado pela pessoa idosa
- A pessoa idosa assinou documentos para transferir a posse de propriedades quando incapazes de entender a transação

Sinais de abuso psicológico/emocional

- O cuidador isola a pessoa idosa (não deixa ninguém o visitar ou falar com ele)
- O cuidador é verbalmente agressivo ou sarcástico, controlador, demasiado preocupado quando ao dinheiro gasto ou não quer saber da pessoa idosa.

Sinais de abuso físico

- Fraturas, pisaduras, cortes, queimaduras e feridas mal explicadas

Sinais de alarme gerais⁴⁵:

- Explicações vagas/implausíveis
- Demora estranha em procurar cuidados
- Lesões inexplicáveis – passadas ou presentes
- Histórias inconsistentes
- Mudanças bruscas de comportamento

Princípios da discussão segura, quando há suspeitas de abuso⁴⁶:

- Criar um clima seguro para a discussão
- Falar com o cliente e o cuidador em separado
- Estabelecer uma relação de confiança
 - Respeito mútuo
- Usar palavras suaves e que não procurem julgar para ajudar a pessoa a relaxar
 - É recomendado usar afirmações que comecem com “Eu”.:” De acordo com a minha experiência muitas mulheres...”

⁴⁵ L. Mosqueda (2015). Medical aspects of elder abuse. University of California, Irvine School of Medicine. Webinar dated January 12, 2015.

⁴⁶ K. Glasgow & J. Fanslow (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministry of Health. Available at: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-guideliens-elder-abuse-neglect.pdf>.

Falar diretamente sobre violência pode nem sempre ser produtivo por causa do estigma e vergonha associados ao fenómeno. Questões que os profissionais podem fazer às mulheres idosas para avaliar a situação podem incluir?

- Como estão as coisas em casa/no lar?
- Como passa os seus dias?
- Como se sente relativamente à quantidade de ajuda que recebe em casa/no lar?
- Como sente que a sua família (marido/filhos/outros cuidadores) estão a gerir a situação?
- Tem tudo o que precisa para cuidar de si próprio?

Coisas importantes de que os profissionais devem lembrar-se quando trabalham com mulheres idosas:⁴⁷

- Não confundir reações de trauma e limitações (exemplo: falhas na visão/audição, afasia) com senilidade
- Seja consciente de que as mulheres idosas podem processar a informação mais lentamente que adultos mais jovens e podem demorar mais tempo a organizar os seus pensamentos em palavras
 - o Dê tempos suficiente para as respostas
 - o É uma mudança normal relacionada com a idade e não deve ser vista como falta de capacidade mental
- Evitar expressões de nojo, horror, ou raiva em resposta ao abuso
- Identificar as forças da vítima e as suas capacidades e construir sobre elas
- Oferecer esperança. Focar-se em oferecer estratégias que promovem a segurança da vítima e a tiram do isolamento, apoiar as decisões das vítimas e dar informação adicional
- Apoiar qualquer decisão que a vítima faça: ficar, ir embora, ou ir embora e voltar à relação abusiva
- As mulheres idosas podem precisar de apoio a longo-prazo assim como de ajuda prática e apoio emocional em várias áreas

Questões que os profissionais podem usar para apoiar a autodeterminação das vítimas:⁴⁸

- O que é mais importante para si?
- O que gostaria de saber?
- Quem da sua família e amigos o pode ajudar?
- O que espera que aconteça?
- Quais são as suas preocupações?
- O que espera/precisa dos profissionais?

⁴⁷ M. Scott (2008). Older Women and Domestic Violence in Scotland. University of Edinburgh. Available at: <https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/2776/owdvupdate.pdf;sequence=1>.

⁴⁸ Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Tips from the RNAO Best Practice Guideline and eLearning course. Available at: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Booklet-RNAO-web.pdf>

Primeira Ajuda Psicológica (PAP)

Muitas vítimas idosas já sofreram um evento traumático como violência, e mostram sintomas de sofrerem a longo-prazo da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), como descrito anteriormente. A Primeira Ajuda Psicológica (PAP) fornece formas/métodos de ajudar as pessoas no imediato de um evento traumático de modo a reduzir o stress inicial e para criar funções adaptativas de curto ou longo-prazo.⁴⁹

A PAP pode ser usada imediatamente ou um breve período após um evento de crise como o primeiro contacto com a pessoa perturbada. Contudo por vezes, o PAP é usado durante dias ou semanas depois de um evento, dependendo da duração do evento ou da sua gravidade. Em muitos casos de violência contra pessoas idosas, a violência durava há anos antes da vítima contactar os serviços de apoio. Nestes casos a PAP também pode ajudar como início do processo de recuperação. A primeira ajuda psicológica apoia a nível social e psicológico, mas não é, nem substitui, o aconselhamento profissional. É uma forma de suporte que pode ser entregue por profissionais e não-profissionais depois de uma breve orientação.

Princípios base da PAP⁵⁰

- Fornecer segurança e cuidados físicos imediatos: assim que possível, ajuda eficazmente organizada melhora o prognóstico
- Avaliar/Garantir necessidades práticas (por exemplo comida e água, cobertores) e preocupações
- Mostrar compreensão para com as reações de choque que podem causar vergonha ou culpa; fornecer informação básica para reações de perturbação comuns
- Assistência prática (casa, financeira); pode aumentar o sentimento de empoderamento, esperança e dignidade restaurada
- Ouvir ativamente; oportunidade de falar sem pressionar para falar
- NÃO falar sobre sentimentos emergentes do evento traumático ou dos detalhes do evento traumático e perdas
- Confortar as pessoas e ajuda-as a sentirem-se seguras e calmas
- Promover esperança
- Mostrar compaixão honesta
- Discutir estratégias de coping; deixar que as pessoas lidem com a situação à sua maneira
- Evaluating risk (including suicide risk, harming others)
- Proteger de mais mal

⁴⁹ J. Bisson & C. Lewis (2009). Systematic Review of Psychological First Aid. World Health Organization.

⁵⁰ Ibid.

Módulo 3: Procedimentos práticos

Tópicos

Práticas prometedoras, avaliação e tratamento de mulheres idosas vítimas de violência doméstica

- Avaliação/questionários de rotina
- Examinar e documentação para profissionais de saúde

Cooperação multiáreas

- como criar cooperação multiáreas e confiança

Defesa e proteção das mulheres idosas vítimas de abuso

- Planeamento da segurança para mulheres idosas vítimas de violência

Objetivos de aprendizagem

Os participantes

- understand the health care aspects of identification of violence against older women
- compreender os aspetos de cuidados da saúde de identificar violência contra mulheres idosas
- compreender os procedimentos de avaliação médica necessários para determinar se uma mulher foi vítima de violência
- saber a importância e ser capaz de criar cooperação multiáreas e confiança
- compreender o que a salvaguarda significa e ser capaz de fazer planos de segurança

Mensagens chave

- It is important to take into notice changes of normal ageing process, medications and illnesses in assessing signs and marks of possible violence in older persons
- É importante tomar em consideração as alterações normais no processo de envelhecimento, medicamentos e doenças ao avaliar os sinais e marcas visíveis de violência em pessoas idosas
- Cooperação entre áreas e profissionais é um aspeto essencial da prevenção contra a violência contra pessoas idosas
- O aspeto da segurança é vital e compreensivo; como tal, tem de ser considerado em cada passo na forma como os profissionais trabalham com vítimas idosas de abusos
 - A segurança da vítima tem de ser considerada ou partilhar informação e referir a pessoa a outros profissionais

Métodos de formação sugeridos

Exercícios 13: Mapeamento dos *Stakeholders*

Exercícios 14: Conhecer outras organizações e fazer uma rede de contactos

Exercícios 15: Planeamento de segurança – História da Sara

Práticas prometedoras, examinação e tratamento de mulheres idosas vítimas de violência doméstica

Melhorar a identificação de pessoas idosas que sofreram abuso deve ser prioritário nos profissionais de serviços de saúde e sociais. As taxas de identificação de abuso pelos profissionais de saúde e sociais são relativamente baixas quando comparadas com as taxas de prevalência de violência contra pessoas idosas reportados em questionários em vários países Ocidentais. Este módulo dará um guia para boas práticas na identificação, examinação e tratamento de vítimas idosas.

Avaliação

O Módulo 2 apresentou os fatores de risco e sinais de alarme de violência contra a pessoa idosa. Contudo, a identificação de violência contra mulheres idosas não deve apenas contar com o conhecimento dos profissionais e as suas aptidões a detetar sinais de abuso. Avaliar e procurar a violência contra pessoas idosas é definido como um processo de obter informação sobre experiências violentas em contexto de cuidados ou relações familiares de pessoas idosas ou vulneráveis que não demonstram sinais óbvios de violência, tais como lesões físicas. O racional desta avaliação de pessoas não-sintomáticas é de que a identificação pode prevenir violência futura e reduzir o risco de futuros impactos na saúde como resultado de violência.⁵¹ A avaliação é o primeiro passo na prevenção da violência contra pessoas idosas. Serve para identificação precoce e a resposta interdisciplinar adequada deve seguir-se. A avaliação deve ser sistemática e feita com ferramentas estandardizadas. Estas ferramentas existem para avaliações universais que avaliam qualquer pessoa, e para avaliações seletivas, avaliando apenas aqueles que preenchem determinados critérios.

Existem certos critérios para usar ferramentas de avaliação:

- Os profissionais são treinados para utilizar as ferramentas de um modo seguro, respeitoso, sensível e de forma iniciativa
- Os profissionais são treinados:
 - sobre violência contra pessoas idosas e situações especiais com mulheres idosas, dinâmicas, apoio, avaliação do risco e planeamento seguro
 - em trabalho com profissionais de múltiplas áreas
- Os profissionais conhecem os procedimentos práticos/protocolos de resposta
 - práticas concordadas no local de trabalho
 - protocolos de resposta locais/regionais
 - os profissionais conhecem os papeis uns dos outros, as suas responsabilidades e limites
- Existem possibilidades de apoio e consultas dos profissionais.

⁵¹ M. Schofield (2017). Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness. In: X. Dong (ed.). Elder Abuse. Research, Practice and Policy. Springer.

Exemplos de ferramentas de avaliação de violência contra idosos amplamente estudadas incluem:

- Elder Abuse Suspicion Index (EASI)⁵²
- Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI)⁵³

Examinação e documentação dos profissionais de cuidados de saúde

Um documento europeu para avaliar sinais e examinar violência contra pessoas idosas ⁵⁴ foi recentemente publicado pelo conselho Europeu de medicina legal (CEML). O principal propósito das *guidelines* do CEML é de fornecer uma *framework* comum para que os profissionais de saúde e práticos forenses possam documentar e avaliar de forma adequada potenciais vítimas idosas de violência. De modo a determinar se uma pessoa pode ser uma vítima de violência, o documento fornece os seguintes princípios gerais:

- Obter consentimento informado antes da avaliação;
- Se a pessoa idosa não está capaz de consentir, os passos apropriados devem ser dados de modo a que uma avaliação legal seja possível;
- Fazer uma revisão detalhada do evento durante a investigação e fazer perguntas relativamente a história passada de abusos (ou possíveis abusos) assim como informação sociofamiliar relevante;
- Realizar um historial médico completo (incluindo medicação, cirurgia, história ginecológica, psiquiátrica e de toma de medicação);
- Avaliar todos os tipos de abuso como mais de uma modalidade que podem estar simultaneamente presentes.
- Fazer uma avaliação clínica completa da pessoa idosa;
- Recolher de forma adequada e preservar qualquer evidência física;
- Pedir investigações adicionais conforme exigidas pelas especificações de cada caso;
- Determinar o curso de ação apropriado de modo a proteger a pessoa idosa, assegurar os seus direitos e evitar abusos futuros;
- Manter em mente que para uma investigação completa pode ser necessária mais do que uma avaliação.

Por favor veja a documentação para a avaliação médico-legal complete com procedimentos detalhados em cada fase (E. Keller et al. 2018⁵⁵).

⁵²M. Yaffe et al. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2008; 20(3).

See EASI tool:

https://medicine.uiowa.edu/familymedicine/sites/medicine.uiowa.edu.familymedicine/files/wysiwyg_uploads/EASI.pdf

⁵³ L. De Donder et al. (2018) Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation, *Educational Gerontology*, 44:2-3, 108-118.

⁵⁴ E. Keller et al. (2018). European council of legal medicine (ECLM) guidelines for the examination of suspected elder abuse. *International Journal of Legal Medicine*. Published online 27 June 2018. Springer.

⁵⁵ *ibid.*

Documentação médica tem implicações legais para além de implicações clínicas. A documentação apropriada pode levar à proteção da autonomia, finanças, vida e saúde dos pacientes idosos. Uma abordagem geral da documentação pode ser a seguinte:⁵⁶

Entrevista	Exame físico	Avaliação
Resposta do documento a questões abertas	Documentar as capacidades físicas e cognitivas da pessoa	Especificar as razões que levam às suas conclusões, “junte os pontos”
Usar citações diretas	Frisar bem evidências que se desviam ou contradizem informações no historial médico	Especificar o grau de maus-tratos
Entrevistar o paciente separadamente do cuidador ou suspeito de violência	Tomar nota das interações entre o paciente e o cuidador	Especifica o grau de sofrimento ou potencial sofrimento do paciente
Documentar discrepâncias entre diferentes fontes	Documentar comportamentos inapropriados por parte do cuidador: <ul style="list-style-type: none"> - excesso de preocupação, por exemplo, recusar-se a deixar a sala de examinação quando pedido - falta de preocupação 	Documentar o seu nível de confiança de que ocorrem maus-tratos: “extremamente”, “provável”, “possível”, “pouco provável”
Assegurar a documentação de múltiplos profissionais de áreas distintas	Documentar alguma mudança no comportamento do paciente quando o cuidador sai: <ul style="list-style-type: none"> - encolher-se na cadeira com os olhos baixos e a cabeça cabisbaixa - ansiedade e agitação aumentada 	Documentar a capacidade do paciente de tomar decisões
Documentar a fiabilidade da fonte	Documentar lesões na pele.	Reportar as anotações a autoridades competentes
Record the patient’s cognitive and functional statuses	Tirar fotos de qualquer lesão	

Cooperação multiáreas

O conceito sociológico de capital social, “redes sociais, as reciprocidades que surgem destas e o valor destes para atingir objetivos mútuos”⁵⁷, tem sido identificado como tendo um potencial significativo para reduzir desvantagens, e melhorar a saúde e o bem-estar. O capital social enfatiza

⁵⁶ E. Pham & S. Liao (2009). Clinician’s Role in the Documentation of Elder Mistreatment. Available at: http://www.centeronelderabuse.org/docs/clinroledocumentem_liao2009.pdf

⁵⁷ T. Schuller (2000). Social capital: A review and critique. In Baron et al. (Eds.) Social capital: Critical perspectives. Oxford: Oxford University Press.

fatores de funcionalidade efetiva dos grupos sociais que inclui tópicos como relações interpessoais, uma sensação partilhada de identidade, uma compreensão partilhada, normas partilhadas, valores partilhados, confiança, cooperação e reciprocidade. A cooperação multiáreas profissionais efetiva contra a violência é um exemplo de como o capital social baseado em recursos palpáveis (espaços, sistemas) e não-palpáveis (atores, profissionais), as relações entre estes recursos assim como o impacto que estes relacionamentos têm nos recursos envolvidos em cada relação e em grupos maiores, aqui: vítimas de violência.

O primeiro output do projeto SAFE foi desenvolver um procedimento multiáreas dos profissionais sociais e de saúde e de autoridades públicas. Esta publicação recomenda modalidades de identificação e intervenção em *settings* distintos nos cinco países do projeto. A informação foi recolhida através da aprendizagem colaborativa de diferentes grupos de profissionais a trabalhar na área de prevenção e intervenção da violência/abuso. A recomendação 4.4 da publicação diz respeito às colaborações interdisciplinares entre profissionais no campo de prevenção, especificamente a necessidade de criar ou reforçar uma rede de comunidade e de estabelecer um sistema integrado de intervenção que permita aos atores relevantes colaborarem e usarem os recursos existentes, espaços, e especialistas de modo eficaz.

Os profissionais participantes nos grupos de aprendizagem colaborativa do SAFE viram cadeias de intervenções que consistiam em vários agentes e profissionais como uma medida útil de dar suporte a vítimas idosas de abusos.

Os profissionais participantes nos grupos de aprendizagem colaborativa identificaram os seguintes profissionais e organizações como tendo papéis fundamentais em casos de violência contra mulheres idosas, dependendo da severidade e complexidade do caso: serviço social municipal ou gabinete de proteção regional (através de assistentes sociais, psicólogos, inspetores especializados, mediadores sociais, trabalhadores que providenciam cuidados domiciliários), polícia, sistema de saúde (médicos, especialistas em serviços de cuidados domiciliários, médico forense ou especialista), promotores públicos/advogados/juizes.

Obviamente que esta cadeia não é fixa dado que a ordem das intervenções pode começar com uma chamada de emergência (112), ou nos serviços especializados como as linhas de saúde 24, ou num centro de serviços dedicados como lares abrigo para mulheres vítimas de abusos. Dependendo também das crenças religiosas do indivíduo, padres ou funcionários religiosos também podem ter um papel na cadeia de intervenção, aconselhando a vítima, família, ou agressor a fazer a coisa certa ou a aconselhar e prestar apoio na recuperação. Os agressores também devem ser considerados: serviços de liberdade condicional ou centros de agressores podem ter um papel significativo em prevenir ocorrências futuras de violência.

As redes de intervenção na comunidade também podem incluir organizações mais gerais como autoridades pensionistas, clubes de pessoas sénior, linhas de ajuda para pessoas idosas, outras organizações públicas ou privadas que representem ou apoiem as pessoas idosas.

Os participantes nos grupos locais colaborativos concordam que, independentemente do profissional ou as responsabilidades institucionais, todos aqueles que reconhecem violência contra pessoas idosas tem a responsabilidade de intervir e de referir a serviços apropriados. Ao mesmo tempo há um acordo da necessidade de ter um assistente social como um gestor de caso ou responsável, sobre a questão da monitorização, esta tem de ser feita pelos serviços de bem-estar e correspondentemente, pela (proximidade ou local), polícia/gabinete de liberdade condicional/garantia da lei.

Outro aspeto importante que é preciso referir é o seguimento do caso. O apoio para aqueles afetados e as medidas preventivas contra a violência não devem terminar no reporte do caso e com a intervenção de outros profissionais. Os profissionais envolvidos na gestão do caso de mulheres idosas vítimas, devem estar envolvidos em manter o contato e fazer seguimento dos casos. Esta medida de seguimento tem sido demonstrada como valiosa e eficaz da perspetiva do profissional, porque constrói confiança entre as vítimas e os profissionais, e por outro lado, também é importante para os agressores, porque ficam inteirados de que ainda há atenção pública de volta da sua família, de modo que não podem voltar ao seu anterior comportamento abusivo ou agressivo.

Construir a cooperação multiáreas e a confiança

Atacar a violência contra mulheres idosas requer uma resposta de multiáreas, se os serviços de expertise que as áreas trazem possam ser adequadamente utilizadas e construídas no desenvolvimento e entrega de estratégias locais efetivas. Contudo, as estratégias por si só são inúteis sem o compromisso e ação de cada indivíduo na rede de áreas, tanto individual como colaborativa.

Os benefícios principais da cooperação multiáreas incluem:

- leva a uma melhoria dos resultados para as pessoas idosas vítimas de maltrato
- ajudar a construir consenso, desconstruir fronteiras profissionais e atitudes
- promove o apoio mútuo, o encorajamento e a troca de conhecimento entre profissionais de modo a criar cargas de trabalho mais suportáveis
- melhora a saúde pelos serviços oferecidos e por aqueles pedidos pelas pessoas idosas
- melhora a coordenação dos serviços resultando em melhores relações e referências
- aumenta os níveis de confiança entre profissionais e áreas; qualquer área sabe o que as demais podem fazer e o que dão

Ao desenvolver uma estratégia e rede multiáreas eficaz, os seguintes aspetos devem ser considerados⁵⁸:

⁵⁸ Home Office UK (2004). Developing Domestic Violence Strategies – A Guide for Partnerships. Home Office, Violent Crime Unit.

- As organizações na rede devem concordar numa definição base e comum de violência contra as pessoas idosas e mulheres, como pré-requisito para a partilha de informação.
- As organizações devem tomar as rédeas em desenvolver informação ao partilhar protocolos relacionados com os casos dos clientes das suas áreas, sempre de acordo com as políticas locais e a legislação
- Coordenar as áreas envolvidas e gerir as suas relações complexas é um recurso intensivo: as parcerias devem considerar eleger um co-coordenador da violência na sua área
-

Defesa e proteção das mulheres idosas vítimas de abuso

Algumas vítimas idosas de violência e abuso podem não ter a capacidade de tomar certas decisões para si mesmas e podem necessitar de ajuda adicional para os apoiarem e empoderarem a fazer decisões dentro da *framework* legal local. Uma falta de capacidade mental pode ser causada por exemplo por uma perturbação neuro-cognitiva, um problema de saúde mental ou mau uso de uma substância. Adicionalmente nestas situações, os profissionais devem começar por assumir que a pessoa idosa está capaz de tomar as suas próprias decisões. A capacidade de uma pessoa pode estar temporariamente afetada pelo stress, ansiedade, medicação, doença, lesão ou infeção. Os profissionais devem sempre provar que fizeram um esforço para encorajar a pessoa a fazer as suas próprias decisões.⁵⁹ Qualquer coisa feita pela ou em nome da pessoa que não tem capacidade para o fazer, tem de ser feita tendo sempre em vista os seus interesses e de uma forma que minimize o mínimo possível com os direitos e liberdades da pessoa.

Avaliar a capacidade pode ser particularmente desafiante em contexto de situações de abusos domésticos onde a pessoa é cuidada por, ou vive com um familiar ou companheiro íntimo e é vista a tomar decisões que a colocam em perigo. A avaliação das capacidades e entrevista são necessárias para perceber se as decisões devem ser caracterizadas como “não sábias” que a pessoa tem o direito e capacidade de fazer, ou se estas decisões não são feitas livremente pela pessoa, mas sim devido a coerção ou controlo, e deste modo, são parte do abuso. Julgamentos sobre a capacidade devem ser sempre específicos à situação; uma pessoa idosa pode conseguir tomar decisões numa situação, mas não em outras.⁶⁰

Planeamento da segurança para mulheres idosas vítimas de violência

Mulheres idosas podem decidir que querem continuar a viver com alguém que as abusa. Enquanto que estas decisões podem ser entendidas como desaconselhadas ou “não sábias”, como descrito acima, o adulto idoso tem o direito de as fazer, desde que sejam competentes. O plano de cuidados para tal situação deve incluir ajudar a vítima a criar um plano de segurança. Frequentemente os agressores isolam as vítimas e não lhes permitem fazer as suas próprias decisões. O plano de

⁵⁹Local Government Association (LGA) (n.d.) Adult safeguarding and domestic abuse. A guide to support practitioners and managers. Available at:

<https://www.adass.org.uk/adassmedia/stories/Adult%20safeguarding%20and%20domestic%20abuse%20April%202013.pdf>

⁶⁰ *ibid.*

segurança restaura poder e controlo nas pessoas idosas pois faz com que elas tomem decisões que aumentam a sua segurança. O primeiro ponto a avaliar é a urgência da segurança – se a situação é ameaçadora da vida da pessoa e necessita de ação imediata. Também é preciso pensar sobre a saúde física e mental da vítima e as suas competências para decidir, contudo é importante perceber que o trauma psicológico causado pela violência não é o mesmo que impedimentos cognitivos.

O ponto de situação entre a pessoa idosa e o agressor é o ponto de partida para o plano de segurança. A pessoa idosa pode querer:

- Quer ficar longe do agressor
- Estar no processo de deixar ou voltar para o agressor
- Já ter terminado o relacionamento com o agressor

Um bom plano de segurança é feito à medida da vítima e é também centrado nela. É baseado nos objetivos da pessoa e não nas opiniões do profissional. O planeamento da segurança exige que a resolução de problemas seja feita de antemão. O profissional deve ajudar e contribuir para o empoderamento da pessoa idosa ao:

- Construir um relacionamento com a pessoa idosa ao fazê-la sentir-se segura e ouvir ativamente
- Perceber como a pessoa idosa se sente quanto ao agressor e o que pode acontecer se ações de magoar ou ameaças forem feitas
- Pedir à pessoa idosa para dizer o que quer fazer e como. Perceber quais as motivações por detrás das decisões, pode ajudar a perceber os motivos da pessoa idosa. Também pode sugerir outras opções para atingir o mesmo objetivo
- Pensarem em opções criativas e ideias em conjunto

Checklist para criar um plano de segurança^{61 62}

- Que experiência teve a pessoa idosa com o plano de segurança e as estratégias de proteção?
 - Que estratégias funcionaram?
 - Quais foram ineficazes?
- Como se comportou o agressor no passado? É provável que ele volte a agredir?
- O agressor tem acesso a armas? Usou armas no passado?
- Existe alguma ordem de restrição? Se sim qual o seu estado? Perguntar à vítima para dizer que existe aos amigos, vizinhos e profissionais.
- A vítima pode reconhecer sinais de um ato violento?

⁶¹ Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Tips from the RNAO Best Practice. Guideline and eLearning course. Available at: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Booklet-RNAO-web.pdf>

⁶² Women In Transition, Inc (n.d.) Keeping Safe: A Workbook for Developing Safety Plans. Available at: <https://vawnet.org/material/keeping-safe-workbook-developing-safety-plans>

- A situação de habitação foi avaliada para perceber se a vítima consegue deixar a casa antes que a situação escale para violência:
 - Como sair: a forma mais segura de sair de casa; o quarto mais seguro da casa cuja porta pode ser trancada; uma janela para poder chamar por ajuda;
 - Para onde ir: concordar com um lugar em antemão;
 - Arranjos de permanência temporária em habitação: tem de ser arranjado de antemão;
- Onde guarda a pessoa idosa documentos importantes e contactos?
- Se a pessoa idosa tem alguma limitação, existem barreiras no ambiente da pessoa que podem impedir uma fuga?
- Foram feitas preparações para deixar os animais bem cuidados?
- A pessoa idosa praticou dar a informação precisa sobre onde está caso esteja em perigo?
- A pessoa idosa está disposta a ir para um lar ou abrigo?
- É aconselhável que tome notas sobre a situação violenta: data o que aconteceu; e também que guarde quaisquer mensagens, email ou telefonemas?
- Quais são as redes de apoio para a pessoa idosa na comunidade?
- A pessoa idosa tem alguma informação sobre diferentes serviços de apoio?
- Se o agressor não reside com a vítima, ela tem forma de trancar a porta e barrar a sua entrada?
- Que desafios podem afetar a segurança da pessoa ou a sua capacidade de seguir com o plano de segurança? Isto pode incluir coisas como abuso de substâncias, problemas de saúde mental, ou problemas de memória.
- A pessoa idosa está confortável com o plano de segurança e a viver com as restrições do mesmo pelo menos a curto-prazo?

Ver exemplos de planos de segurança aqui: https://cnpea.ca/images/safety-panning-toolkit-full-document-eao_mar-29-2017.pdf⁶³ e também aqui https://www.seniorscouncil.net/uploads/files/Documents/Safety_Plan_for_Older_Adults.pdf⁶⁴

Módulo 4: Trabalhar enquanto profissional

Tópicos

- Desafios pessoais em trabalhar com sobreviventes de trauma
- Traumatização secundária, fadiga da compaixão e *burnout* profissional
- Fatores protetores
- Considerações e *guidelines* éticas
- Trabalhar com a família e o agressor
- Problemas de segurança para os profissionais
- Ambientes de cuidados sociais e de saúde como lugares públicos de livre acesso

⁶³ Elder Abuse Ontario (2017). Safety Planning for Older Adults. Keeping Safe in Unhealthy Relationships. Toolkit for Service Providers. Available at: https://cnpea.ca/images/safety-panning-toolkit-full-document-eao_mar-29-2017.pdf

⁶⁴ Edmonton Seniors Coordinating Council (2007). https://www.seniorscouncil.net/uploadsSafety_Plan_for_Older_Adults.pdf. Available at: /files/Documents/Safety_Plan_for_Older_Adults.pdf

Objetivos de aprendizagem

Os participantes

- Serem capazes de avaliar as suas próprias atitudes e valores no trabalho profissional
- Estarem dispostos a organizar medidas das organizações de modo a identificar, prevenir, e/ou minimizar os efeitos emocionais e psicológicos associados com o trabalho direto com sobreviventes de trauma
- Saber como manter a sua própria segurança e bem-estar

Mensagens chave

- É importante identificar sinais precoces de *burnout* profissional
- Existem formas de proteger os trabalhadores do *burnout* profissional através de estratégias organizacionais ou individuais
- A confidencialidade é uma parte importante ao desenvolver a confiança numa relação de cuidado: A permissão da pessoa idosa deve sempre ser obtida antes da discussão de alguma preocupação com membros da família ou cuidadores
- A segurança não é um conceito que os profissionais só devem explorar do ponto de vista da vítima; trabalhar com vítimas de violência pode colocar os profissionais em perigo pessoal

Métodos de formação sugeridos

Exercícios 16: Proteção do *burnout* profissional

Exercícios 17: Deveres e obrigações dos profissionais

Exercícios 18: Deveres profissionais quando há relatos de violência

Exercícios 19: Construção de confiança na cooperação multiáreas

Desafios profissionais em trabalhar com sobreviventes de trauma

Profissionais dos serviços de saúde e sociais estão na vanguarda da identificação de violência contra pessoas idosas, e de oferecer apoio às famílias. Trabalhar com vítimas de violência pode causar desconforto no profissional, provocar experiências desagradáveis, e memórias e emoções negativas na pessoa. Trabalhar com vítimas idosas pode provocar sentimentos ambivalentes no profissional como empatia, confusão, frustração e raiva. O trabalho que profissionais fazem com vítimas de violência pode ser influenciado pelas suas próprias experiências de violência ou sobrevivência assim como de receber ajuda e apoio.

Os riscos emocionais e psicológicos associados com o trabalhar diretamente com pessoas vulneráveis tem sido grandemente ignorado em currículos educacionais e formações. É importante que os profissionais e educadores percebam os fatores de risco e os sintomas associados com isto de modo a identificar, prevenir e minimizar os seus efeitos, e manter o autocuidado. Para perceber claramente efeitos secundário ou vicariantes do trabalho com clientes no profissional, primeiramente a pessoa tem de ter um conhecimento firme dos efeitos primários do trauma e reações de stress nos clientes.

Traumatização secundária, fadiga da compaixão e *burnout* profissional⁶⁵:

A fadiga da compaixão e o *burnout* profissional são mais comuns em indivíduos que trabalham diretamente com vítimas de trauma como os profissionais de saúde, psicólogos, cuidadores de primeira emergência e são mais comuns na área dos cuidados de saúde: quando os profissionais de saúde sofrem com as suas respostas ao trauma sofrido pelos seus pacientes a sua saúde mental, relacionamentos e eficácia no trabalho podem sair prejudicadas. A fadiga da compaixão pode ser súbita. Os efeitos podem ser espalhados por todas as áreas da vida incluindo impacto nas relações familiares e mudar a visão sobre a vida e o mundo. Fatores que contribuem para este *burnout* nos profissionais de saúde incluem “a cultura do silêncio”, falta de consciência para os sintomas, falta de treino quanto aos riscos associados a ter um trabalho de alto stress.⁶⁶

Stress do trauma secundário descreve respostas dos profissionais que trabalham com sobreviventes de trauma com experiências traumáticas. O trauma secundário resulta da relação empática com um indivíduo que sofreu uma experiência traumática ou de ser testemunha de experiências intensas ou horríveis do trauma daquela pessoa. Envolve ajudar ou querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. O trauma secundário resulta em sintomas comportamentais de stress que podem incluir os traços da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT).

Fadiga da compaixão é melhor descrita como uma síndrome que consiste numa combinação de sintomas do stress traumático secundário e *burnout* profissional. É usado para descrever a experiência emocional e física de exaustão que os profissionais sofrem de alguma forma quando estão a tratar os seus pacientes. A fadiga da compaixão não está limitada aos trabalhadores que lidam diretamente com trauma. Pode estar ligado à necessidade recorrente de ser empático.

***Burnout* profissional** é um processo gradual que ocorre quando o stress relacionado com o trabalho resulta em exaustão emocional que é devido ao uso repetido de empatia combinado com as dificuldades inerentes ao dia a dia do trabalho e a preocupações. O *burnout* profissional desenvolve-se ao longo do tempo com fatores que contribuem para o mesmo relacionados com o indivíduo, a população que serve e a organização.

⁶⁵ J. Newell & G. MacNeil (2010). Professional *Burnout*, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. In the book: 2010 Lyceum Books, Inc., Best Practices in Mental Health, Vol. 6, No. 2, July 2010.

⁶⁶ S. Michie & S. Williams 2003. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational and Environmental Medicine 2003; 60:3–9.

Fatores protetores

Os fatores protetores das condições acima descritas podem ser divididos em estratégias organizacionais e estratégias de autocuidado dos profissionais, como se seguem⁶⁷:

Estratégias Organizacionais

- Cultura organizacional
 - Os valores e cultura da organização
 - Ambiente de apoio
 - Dá permissão para os trabalhadores cuidarem de si mesmos
 - Permite tempo fora por causa de doenças
- Carga de trabalho
 - Ter uma carga de trabalho diversa diminui sintomas de trauma vicariante
- Ambiente de trabalho seguro
- Educação sobre trauma
- Suporte de grupo/Trabalho em grupo
 - oportunidades para fazer a apresentação do processo com os supervisores e colegas
 - trabalhar os sentimentos que ocorrem durante e após as interações com os pacientes traumatizados
- Supervisão eficiente
 - Supervisor responsável que cria uma relação na qual o trabalhador se sente seguro em expressar os seus medos, preocupações e insuficiências, por exemplo, reuniões semanais com o supervisor e/ou apoio dos pares
- Possibilidade de ter consultas com peritos/organizações
- Criar redes de profissionais
- Autocuidado
 - Equilíbrio entre vida privada e profissional
- Estratégias de gestão: utilizar regularmente instrumentos que avaliem a que nível estas condições existem em contexto de trabalho
 - Avaliar fatores de risco na organização

Estratégias individuais de autocuidado dos profissionais

- A utilização de aptidões e estratégias pelos trabalhadores para manter as suas necessidades familiares, pessoais, emocionais, mentais/espirituais, enquanto respondem às necessidades e exigências dos clientes.
 - Para *burnout* incluir *settings* com objetivos realistas quanto à carga de trabalho e ao cuidado com o cliente, utilizar pausas para café e almoço e ter suficiente tempo de descanso e relaxamento

⁶⁷J. Newell & G. MacNeil (2010). Professional *burnout*, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68.

- O apoio social de colegas profissionais é essencial quando se tem um cliente particularmente difícil, assim como apoio emocional como conforto, pôr as coisas em perspectiva, comparar notas e humor.
- Desenvolver estratégias de *coping*:
 - Manter contato com família, amigos e colegas
 - Apreciar as pequenas coisas na vida
 - Tirar tempo para refletir e expressar gratidão através da leitura, escrita, rezar ou meditação
 - Expressar-se a si mesmo através de atividades criativas

Diretrizes e considerações éticas gerais⁶⁸

O significado dos princípios éticos e considerações é assegurar os direitos das pessoas idosas. Por vezes os profissionais têm de tomar decisões difíceis. Nestas situações devem seguir as seguintes *guidelines*:

- As pessoas idosas devem ser envolvidas nos processos de tomada de decisão da sua vida tanto quanto possível.
- A abordagem preferencial é a de empoderar as pessoas idosas, que se baseia em valores como autodeterminação, escolha informada e o direito dos adultos de tomarem as suas próprias decisões.
- A pessoa idosa tem o direito de ter apoio e ajuda para tomar decisões conscientes
- Tem de se trabalhar de forma a respeitar os direitos de privacidade e dignidade da pessoa idosa.
- Em casos identificados ou de suspeita de abusos todas as intervenções têm de ser feitas do modo menos restritivo possível para manter a autonomia do indivíduo
- O direito à autodeterminação e liberdade de escolha devem ser respeitados. Por exemplo, um adulto idoso pode escolher viver em dor ou mesmo em autodestruição desde que esteja competente para fazer esta escolha. Uma pessoa mentalmente competente tem o direito de recusar intromissões de pessoas indesejadas na sua vida. Nestes casos os profissionais têm de avaliar a segurança da pessoa idosa e dar-lhe informações sobre segurança.
- Se a situação é perigosa ou coloca em risco a segurança física da pessoa idosa então o profissional tem de consultar por exemplo a polícia ou um assistente social e tomar as ações apropriadas mesmo que isto vá contra os desejos da pessoa idosa.
- Se um crime foi cometido ou se as circunstâncias apontam para um crime o profissional tem de seguir a lei e as regras do país em questão.
- A confidencialidade tem de ser respeitada, mas não pode ser uma barreira para a ação.
- Questões culturais ou religiosas, de género e capacidades e recursos devem ser tidas em consideração em toda a comunicação com a pessoa idosa.

⁶⁸ Adapted from: S. Perttu & V. Kaselitz (2006). Addressing Intimate Partner Violence. Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health care. University of Helsinki.

Trabalhar com membros da família e agressores

Enquanto que a prioridade dos profissionais de saúde e sociais continua a ser um bem-estar da pessoa idosa é importante respeitar o seu direito à confidencialidade. A confidencialidade é uma parte importante em desenvolver uma relação de confiança com a pessoa. A questão da confidencialidade deve ser discutida com a pessoa idosa de forma que esta entenda o seu significado. A pessoa idosa deve ser assegurada que as conversas tidas com o profissional não serão partilhadas com o seu esposo/companheiro, nem com outros membros da família ou amigos, sem o seu consentimento.

O consentimento da pessoa idosa tem sempre de ser obtido antes de discutir quaisquer preocupações com qualquer membro da família, ou cuidadores que possam ajudar. Para um paciente que é dito incapaz, os profissionais devem identificar e contactar o decisor definido, e comunicar as suas preocupações a essa pessoa assim como dar informações sobre locais e recursos. Nenhum contacto com a família deve ser feito em situações de abuso doméstico em que o agressor não é conhecido dos profissionais. Mesmo uma chamada telefónica de uma dada agência pode colocar a segurança da pessoa idosa em causa e pô-la em perigo.

Além disto, é importante considerar a violência contra pessoas idosas sobre duas perspetivas: abuso que é realizado deliberadamente, e aquele que não o é. Isto é particularmente verdade em casos de negligência que pode ser intencional ou não intencional. Por vezes o cuidador está a fazer o melhor que sabe, mas não pode fornecer o nível de cuidados que a pessoa precisa, por vezes por não saberem que recursos estão disponíveis e outras por não terem qualquer apoio das autoridades locais. Da perspetiva da vítima idosa a experiência de abuso é a mesma, mas os métodos de intervenção ética e apropriada são dependentes da natureza ativa ou passiva da negligência.

Problemas de segurança para os profissionais

Profissionais de saúde e sociais são os que mais sofrem incidentes de violência, ameaças de violência, *bullying* e assédio do setor. A violência no local de trabalho é qualquer ato ou ameaça de violência física, assédio, intimidação, ou outro comportamento ameaçador disruptivo que ocorre no local de trabalho. Vai desde ameaças ou abusos verbais até ataques físicos ou mesmo homicídios. Aqueles afetados por violência ou assédio no trabalho tendem a reportar níveis mais elevados de doenças e mau estar relacionados com o trabalho. Consequências de violência no local de trabalho podem incluir⁶⁹:

- Lesões físicas
- Trauma psicológico de longo e curto prazo
- Medo de voltar para o trabalho
- Mudanças nas relações com os colegas e a família

⁶⁹ S. Perttu (2014). Safety of the health care workers. PowerPoint presentation 12 September 2014.

- Sentimentos de culpa, impotência e incompetência
- Medo de crítica pelos colegas ou supervisor

Medidas e ações que os profissionais de saúde e sociais devem tomar para proteger os seus funcionários incluem⁷⁰:

- criar e disseminar uma política de tolerância zero para a violência no trabalho seja verbal, física ou qualquer tipo de ameaças e ações relacionadas:
 - A política deve cobrir todos os trabalhadores, pacientes, visitantes ou qualquer pessoa em contacto com os funcionários
 - Assegurar que os gerentes, supervisores, trabalhadores, clientes, pacientes e visitantes conhecem estas políticas
- encorajar os trabalhadores a reportar qualquer ato de violência
- investigar qualquer reporte de violência
- assegurar que nenhum funcionário que reporte ou experiencie violência no local de trabalho sofre represálias
- Treinar os trabalhadores para reconhecerem e prevenirem violência no local de trabalho
- Ter políticas escritas para segurança no local de trabalho
- Dar salas de espera aos clientes e pacientes confortáveis e que minimizem o stress
- Assegurar que os quartos onde ocorrem as consultas têm duas saídas.
- Aconselhamento para empregados que tenham experienciado ataques ou outros incidentes violentos
- Os visitantes têm de fazer *check in*
- Sistemas de alarme e outros dispositivos de segurança, como botões de pânico, alarmes, telemóveis e rádios privados onde o risco «é aparente tem de ser antecipados
- Arranjar um Sistema de resposta viável quando os alarmes são ativados
- Cooperar com a polícia

O que podem os empregados fazer?⁷¹

- Reportar todos os incidentes rapidamente e de forma correta, não interessa quanto menores eles são na opinião da pessoa
- Perceber e seguir o programa de prevenção da violência no local de trabalho e outras medidas de segurança.
- Participar em comités de queixas e propostas de procedimentos que falem sobre preocupações de segurança
- Participar em comités de segurança e saúde ou equipas que recebam reportes de incidentes violentos ou problemas de segurança

⁷⁰ Occupational Health and Safety Administration (2016). [Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers](#). OSHA Publication 3148-01R, (2004).

⁷¹ Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers (PDF). OSHA Publication 3148-01R, (2004).

- Tomar parte num programa educativo continuado que cubra técnicas que permitam reconhecer aumentos de agitação, comportamentos de ataque ou intenções criminosas e discutir respostas apropriadas.
- Responsabilizar os empregados por qualquer quebra de segurança do seu próprio bem-estar

Módulo 5: Realizar Formações com Profissionais de Saúde e Sociais

Tópicos

- Como organizar um plano de formação
- Tutoria

Objetivos de aprendizagem

Os professores/formadores

- São capazes de comunicar com a audiência e de a ouvir
- Estão conscientes das competências multifacetadas necessárias de si para poderem trabalhar eficazmente
- Estão empoderados para melhorarem as suas aptidões como formadores em campo

Mensagens chave:

- O mais importante é o formador entender a formação como um evento partilhado
- Tutoria e capacidades de tutorial são capacidades necessárias para um formador/professor

Métodos de formação sugeridos

Exercício 20: Tutoria

Formação como um evento partilhado

O princípio mais importante para o formador é entender a formação como um evento partilhado: empregados de serviços de prevenção da violência devem partilhar as suas experiências e conhecimentos como peritos de violência doméstica e os profissionais de saúde e sociais devem partilhar as suas experiências e conhecimento com base nas suas práticas.

Como organizar um plano de formação

Selecionar os módulos e tópicos que desejam usar e preparar os mesmos de acordo com os objetivos estabelecidos de acordo com o que for mais útil no contexto dos participantes. Também o pode organizar por ordem de tópicos. Dependendo do nível de conhecimento dos participantes e da sua experiência profissional, o tempo da formação pode ser adaptada. O trabalho dos profissionais de saúde em áreas especiais, como por exemplo, salas de emergência, é muito errático e eles podem não conseguir ter tantas horas de treino. Pode oferecer sessões de formação

curtas, contudo é sempre bom ter uma oportunidade para eles desacelerarem e refletirem sobre o seu trabalho.

Dada a extensão do pacote formativo é improvável que todos os módulos possam ser cobertos numa única sessão. Ao invés, os módulos foram um currículo que deve ser entregue de forma flexível ao longo de uma série de workshops (organizados por exemplo uma vez por semana) com o objetivo de combinar aprendizagem com prática.

Tutoria

A Tutoria é um sistema semiestruturado para guiar onde uma pessoa partilha o seu conhecimentos, aptidões e experiência e apoia outros no seu progresso nas suas próprias vidas e carreiras. Isto significa que uma pessoa experiente (tutor) apoia outro (tutorado) a desenvolver aptidões específicas e conhecimento. A relação tutor-tutorado foca-se no desenvolvimento do tutorado a nível pessoal e profissional.⁷²

A relação entre tutor e tutorado cria um ambiente seguro para aprender, onde o tutorado se sente livre para discutir questões abertamente e com honestidade sem se preocupar sobre consequências negativas do seu trabalho. Numa boa relação de tutoria o tutor está interessado em ajudar os outros a serem bem-sucedidos – mesmo que os tutorados superem os tutores. O tutor é confiável; capaz de ouvir ativamente - sem interromper, capaz de perceber pistas importantes das coisas que a outra pessoa diz, capaz de refletir sobre questões relevantes e de verificar se percebeu, minimizar premissas e preconceitos. O mentor pode passar o seu conhecimento de forma clara, encorajadora e de forma a ajudar.⁷³

Apêndice 1: Livro de exercícios

⁷² University of Cambridge (2019). What is Tutoria? Available at: <http://www.admin.cam.ac.uk/offices/hr/ppd/pdp/Tutoria/what/>

⁷³ *ibid.*

