

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA



**UNIVERSIDADE PORTUCALENSE “INFANTE D. HENRIQUE”**  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DO PATRIMÓNIO



---

**MAUS-TRATOS CONJUGAIS NOS IDOSOS: PROPOSTAS PARA  
A PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA**

---

**TESIS DOCTORAL**

**DOCTORANDA: CARLA ISABEL MOTA DE CARVALHO**

**DIRECTORES:  
DR. ANDRÉS SORIANO DÍAZ  
DRA. ALCINA MANUELA DE OLIVEIRA MARTINS**

**GRANADA 2008**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Carla Isabel Mota de Carvalho  
D.L.: GR. 488-2009  
ISBN: 978-84-691-9300-6

## RESUMEN

El problema de los malos-tratos conyugales en los ancianos y, más globalmente, la violencia en las relaciones de pareja, ha despertado el interés de los investigadores actuales. Sin embargo, el estudio sobre ancianos que reciben servicio de apoyo al domicilio y que son víctimas de violencia conyugal, ha sido una temática poco explorada. Ese fue nuestro desafío. Nos hemos propuesto trabajar la problemática de los malos-tratos conyugales entre ancianos en dos municipios Portugueses que, por su proximidad, presentan características muy semejantes: Oliveira de Azeméis y Vale de Cambra.

En estas circunstancias, y a partir de un contexto histórico, político, sociológico y jurídico, se pretendió hacer un análisis profundo sobre las actitudes pasivas de estas personas que viven bajo el espectro de la violencia conyugal a lo largo de su vida de casados.

Utilizando una investigación que tiene como base los principios metodológicos del Estudio de Casos, con un estudio de tipo exploratorio, asiente en una metodología mixta, utilizando entrevistas semi estructuradas, y el interrogatorio por cuestionario, de aplicación directa.

Más allá del conocimiento de la realidad, que permanece encubierta en los hogares familiares, fue nuestra preocupación trazar estrategias de intervención para ayudar a aminorar este flagelo social, que se hace un grito cuando sabemos que hablamos de personas ancianas.

**PALABRAS-CLAVES:** Persona Anciana; Envejecimiento; Servicio de Apoyo al Domicilio; Malos -Tratos Conyugales.

## RESUMÉ

Le problème des maltraitances conjugales des âgées et, plus globalement, la violence domestique a éveillé l'intérêt des investigateurs actuels. Cependant, l'étude sur des personnes âgées qui reçoivent service d'appui domiciliaire et qui sont victimes de violence conjugale, ce a été une thématique peu explorée. Celui-là a été notre défi. Nous nous proposons travailler la problématique des maltraitances conjugales entre des personnes âgées dans deux communes qui, par leur proximité, présentent des caractéristiques beaucoup semblables ; Oliveira de Azeméis et Vale de Cambra.

Dans ces circonstances, et en partant d'une conceptualisation historique, politique, sociologique et juridique, on prétend faire une analyse approfondie des attitudes passives de ces gens, qui vivent sous le spectre de la violence conjugale, au long de leur vie de mariés.

Après cet encadrement, et en utilisant une investigation qui a comme base les principes méthodologiques et objectifs scientifiques de l'Etude de cas, avec une étude du type explorateur, basé sur une méthodologie mixte, utilisant entrevues semi structurées, avec un guidon semi structuré et une enquête par questionnaire, d'application directe.

Outre la connaissance de la réalité, qui depuis longtemps reste dissimulée dans les maisons familiers, ce a été notre préoccupation de tracer des stratégies d'intervention pour aider à minorer ce fléau social, qui se rend plus criant quand nous savons que nous sommes en train de parler de personnes âgées.

**MOTS-CLÉS** : Personne âgée ; Vieillesse ; Service d'appui domiciliaire ; maltraitances conjugales.

## **ABSTRACT**

The problem of conjugal abuse among elderly people, and more globally, domestic violence has aroused interest of nowadays researchers. Nonetheless the study concerning elderly people who are being provided with domiciliary care services and who are victims of domestic violence has been a theme little exploited. Thus, that has been our challenge. We have proposed ourselves to work on the issue conjugal abuse/ ill-treatment among elderly people focusing on two municipalities that due to their proximity reveal/ exhibit very similar characteristics/ features: Oliveira de Azeméis and Vale de Cambra.

Taking into consideration these circumstances and based upon an historical, political, sociological and juridical contextualization we have intended to make a deep analysis about the passive attitudes of these people, who are living under the spectrum of conjugal violence throughout their married life.

After this general overview, applying an investigation based on the methodological principles/guidelines and scientific goals of the Case Study, with an exploratory type study, based upon a mixed methodology, by using semi-structured interviews with a semi-structured script and inquiry per questionnaire.

Besides the awareness of the reality, that for so long has remained undisclosed within family homes, it has been our concern to outline/depict intervention strategies in order to help decrease this social calamity that becomes even more overwhelming when we are aware that we are referring to elderly people.

**KEY-WORDS:** Elderly person; Aging; Domiciliary Care Service; Conjugal abuse.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Alcina Manuela Oliveira Martins, a quem reconheço as melhores qualidades pessoais e profissionais, por acreditar neste meu projecto, pela dedicação, pelo empenho, pela motivação, pelos seus conselhos, sugestões e contributos imprescindíveis à realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Andrés Soriano, a quem reconheço qualidades pessoais e profissionais, por acreditar neste meu projecto, pelas suas sugestões e por todos os contributos facultados.

A todos os Professores do Doutoramento em Educação Social, pelos momentos de reflexão e por todos os contributos facultados.

À Universidade Portucalense e à Universidade de Granada por me proporcionarem a oportunidade de frequentar este Doutoramento.

Ao Professor Doutor Mário Monte, pelos seus contributos ao nível jurídico.

Ao Professor Doutor Pedro Camões, pelo apoio prestado no tratamento estatístico dos dados.

Ao Intendente Doutor Pedro Clemente e à Dr.<sup>a</sup> Carina Quaresma pela colaboração, de forma interessada, na disponibilização de dados estatísticos.

A todos os casais de idosos que participaram neste estudo, aos colegas das instituições que me acompanharam e me facultaram todos os dados.

Aos colegas do Curso de Doutoramento, companheiros neste caminho, pelo companheirismo e incentivo que sempre demonstraram.

Ao meu marido, pela paciência, incentivo, ajuda e confiança.

Por fim, a todos aqueles que de algum modo contribuíram e me incentivaram ao longo deste trabalho. A todos os meus maiores agradecimentos.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CEE – Comunidade económica Europeia

CIDM – Comissão para a Igualdade dos Direitos das Mulheres

Cit. – Citado

C.P. – Código Penal

DEEP – Departamento de Estudos, estatística e planeamento

Ed. – Edição

EEE – Estratégia Europeia para o Emprego

GCS – Gabinete do Coordenador de Segurança

GEAV – Gabinete de Estudos e Atendimento à Vítima

GNR – Guarda Nacional Republicana

MAI – Ministério da Administração Interna

MTS – Ministério do Trabalho e Segurança Social

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

P. – Página (s)

PSP – Polícia de Segurança Pública

Hip. – Hipóteses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

Pop. – População

Resid. – Residente

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SIVVD – Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica

UTI - Universidade de Terceira Idade



## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

SIGLAS E ABREVIATURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

INTRODUÇÃO ..... 26

**PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA ..... 32**

**CAPÍTULO 1: A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO ..... 40**

1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PESSOA IDOSA ..... 40

    1.1- Uma visão positiva ..... 40

    1.2- Uma visão negativa ..... 47

2. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PORTUGAL ..... 50

3. REPRESENTAÇÕES DA VELHICE ..... 61

    3.1- Envelhecimento Biológico ..... 67

    3.2- Envelhecimento Psicológico/Psíquico ..... 73

    3.3- Envelhecimento Social ..... 81

        3.3.1- As teorias sociológicas de primeira geração ..... 81

        3.3.2- Teorias Sociológicas de Segunda Geração ..... 83

|   |            |
|---|------------|
| 3.3.3- Teorias Sociológicas de Terceira Geração .....                                 | 87         |
| 4. A FAMÍLIA E O IDOSO NA PÓS-MODERNIDADE .....                                       | 88         |
| <b>CAPÍTULO 2: AS POLÍTICAS SOCIAIS EM PORTUGAL .....</b>                             | <b>104</b> |
| 1. A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS .....   | 104        |
| 1.1- A realidade Portuguesa .....   | 106        |
| 1.2. A situação Actual .....  | 118        |
| 2. O SERVIÇO DE APOIO AO DOMICILIO .....  | 134        |
| <b>CAPITULO 3 – A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES CONJUGAIS<br/>ENTRE OS IDOSOS .....</b>      | <b>147</b> |
| 1. A VIOLÊNCIA CONJUGAL .....   | 147        |
| 2. PERSPECTIVAS SOCIOLOGICAS DA VIOLÊNCIA<br>DOMÉSTICA .....                          | 161        |
| 2.1- Teorias microssociológicas .....   | 162        |
| 2.2- Teorias macrossociológicas .....   | 168        |
| 3. TIPOLOGIAS DOS MAUS-TRATOS NAS RELAÇÕES<br>CONJUGAIS ENTRE OS IDOSOS .....         | 171        |
| 3.1. Maus – tratos e Abandono Físico .....  | 171        |
| 3.2. Maus – tratos Psicológicos .....   | 172        |
| 3.3. Maus – tratos Económico/ Financeiros .....                                       | 174        |
| 3.4. Maus – tratos por Negligência .....  | 176        |
| 3.5. Abuso Sexual .....   | 177        |
| 3.6. Síndrome de Münchhausen .....  | 178        |
| 4. MODELOS CAUSAIS EXPLICATIVOS DOS MAUS-TRATOS<br>CONJUGAIS NAS PESSOAS IDOSAS ..... | 180        |
| 4.1. Modelo Psicológico /Psiquiátrico .....   | 181        |

|   |            |
|---|------------|
| 4.2. Modelo Sociológico/ Cultural .....   | 183        |
| 4.3. Modelo centrado na pessoa idosa .....  | 185        |
| 4.4. Modelos de interação social .....  | 186        |
| <b>5. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA<br/>DOMÉSTICA EM PORTUGAL .....</b>                     | <b>191</b> |
| 5.1- Indicadores Estatísticos .....   | 193        |
| 5.1.1- Indicadores Estatísticos oficiais a nível nacional .....                                       | 194        |
| 5.1.1.1- Indicadores Estatísticos Oficiais da Violência<br>Conjugal .....                             | 200        |
| 5.2- Indicadores Estatísticos das Organizações de Apoio<br>Social .....                               | 203        |
| 5.3- Indicadores Estatísticos oficiais a nível Distrital .....  | 215        |
| <b>6. REPRESENTAÇÕES DE GÉNERO .....</b>  | <b>218</b> |
| 6.1- A legitimação cultural e social da Violência de Género.<br>Breves considerações históricas ..... | 218        |
| <b>7. ENQUADRAMENTO JURÍDICO DA PROBLEMÁTICA .....</b>  | <b>223</b> |
| 7.1 – Ao nível Internacional e Europeu .....  | 223        |
| 7.2- Em Portugal .....  | 226        |
| 7.2.1- O antigo artigo 152º do Código Penal .....   | 226        |
| 7.2.2. - O Actual Artigo 152º do Código Penal:<br>“Violência Doméstica” .....                         | 227        |
| 7.2.3. - Legislação Avulsa – Breve Referência .....   | 232        |
| <b>PARTE II – FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA .....</b>  | <b>234</b> |
| <b>CAPITULO 4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>  | <b>239</b> |
| 1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....  | 240        |
| 2- DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES .....  | 241        |

|  |     |
|--|-----|
| 3. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO .....  | 245 |
| 4- OPÇÕES METODOLOGICAS .....  | 246 |
| 5- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....  | 249 |
| 6- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS .....   | 250 |
| 6.1- O Inquérito por Questionário .....  | 251 |
| 6.1.1- A Fidelidade e Validade do Inquérito<br>por questionário .....              | 255 |
| 6.2- A Entrevista .....  | 257 |
| 7- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS<br>RECOLHIDOS .....                           | 261 |
| 7.1- Análise Estatística .....   | 261 |
| 8- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....  | 265 |
| 8.1- Caracterização dos Concelhos de Oliveira de<br>Azeméis e Vale de Cambra ..... | 265 |
| 8.1.1- Caracterização do Concelho de Oliveira de<br>Azeméis .....                  | 265 |
| 8.1.1.1- Localização Geográfica .....  | 265 |
| 8.1.1.2- Estrutura Demográfica .....   | 267 |
| 8.1.1.3- Indicadores Estatísticos do Emprego .....                                 | 274 |
| 8.1.1.3.1- População e Emprego .....   | 276 |
| 8.1.1.4- Indicadores Estatísticos da Educação .....                                | 279 |
| 8.1.1.5- Indicadores Estatísticos da Saúde .....                                   | 281 |
| 8.1.1.6- Indicadores Estatísticos das IPSS .....                                   | 282 |
| 8. 2- Caracterização do Concelho de Vale de Cambra .....                           | 282 |
| 8.2.1.1- Estrutura Demográfica .....   | 284 |
| 8.2.1.2 – Indicadores Estatísticos de Emprego .....                                | 288 |
| 8.2.1.2.1 – População e Emprego .....  | 289 |
| 8.2.1.4- Indicadores Estatísticos da Educação .....                                | 292 |
| 8.2.1.5- Indicadores Estatísticos da Saúde .....                                   | 293 |

|   |            |
|---|------------|
| 8.2.1.6- Indicadores Estatísticos das IPSS .....                      | 293        |
| 9. A POPULAÇÃO ESTUDADA .....   | 294        |
| 9.1- Caracterização da população .....                                | 294        |
| <b>CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....</b>           | <b>310</b> |
| 1- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....                            | 310        |
| 1.1- Identificação dos maus-tratos conjugais .....                    | 310        |
| 1.2 – Verificação das hipóteses .....                                 | 337        |
| 2– UM OLHAR QUALITATIVO SOBRE OS MAUS-TRATOS<br>CONJUGAIS .....       | 340        |
| 2.1- Do Namoro ao Casamento .....                                     | 341        |
| 2.2- O início da vida conjugal .....                                  | 343        |
| 2.3- A violência conjugal .....                                       | 344        |
| 2.4- A relação parental .....   | 346        |
| 2.5- A violência e a sua percepção por parte de terceiros .....       | 346        |
| 2.6- Conclusão .....  | 347        |
| <b>CAPITULO 6 – UM MODELO DE PROGRAMA<br/>SÓCIO – EDUCATIVO .....</b> | <b>355</b> |
| 1- A INTERVENÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA .....                                | 355        |
| 1.1- A Intervenção social na Europa .....                             | 357        |
| 1.2- A Intervenção Social em Portugal .....                           | 359        |
| 2- MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PORTUGAL .....                           | 361        |
| 2.1- A Intervenção das Organizações Não-governamentais .....          | 362        |
| 2.1.1 - Outras experiências alternativas em Portugal .....            | 363        |
| 2.1.2 - Os serviços de apoio às vítimas na União<br>Europeia .....    | 365        |
| 3– ELABORAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE                                    |            |

|   |            |
|---|------------|
| PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA .....                            | 367        |
| 3.1- Propostas para a prevenção e intervenção<br>sócio-educativa .....    | 369        |
| 3.2- A Intervenção Sócio-educativa com Pessoas<br>e Grupos de risco ..... | 370        |
| 3.3 - Desenho de um Programa de Intervenção<br>Sócio-educativa .....      | 374        |
| 3.3.1- Designação .....   | 374        |
| 3.3.2- População Alvo .....   | 374        |
| 3.3.3- Objectivos .....   | 374        |
| 3.3.4- Actividades .....  | 375        |
| 3.3.5- Planificação das Actividades .....                                 | 379        |
| 3.3.6- Metodologia .....  | 380        |
| 3.3.7- Resultados Esperados .....   | 380        |
| 3.3.8- Parcerias .....  | 381        |
| 3.3.9- Avaliação .....  | 381        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>  | <b>383</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>  | <b>391</b> |

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Quadro 1</b> – População Residente e taxas médias de crescimento anual (%), em Portugal entre 1864-2001 ..... | 51  |
| <b>Quadro 2</b> – Distribuição da população residente, segundo o sexo e por idades .....                         | 52  |
| <b>Quadro 3</b> – Projecções da População Residente (2010-2050) .....  | 57  |
| <b>Quadro 4</b> – Número de pensionistas de 1990 até 2006 .....  | 131 |
| <b>Quadro 5</b> – Número de ocorrência de violência doméstica, de 2000 a 2005.. .....                            | 195 |
| <b>Quadro 6</b> – Crescimento anual médio das ocorrências, entre 2000 e 2005 .....                               | 195 |
| <b>Quadro 7</b> – Taxa de variação anual de ocorrências, por entidade notadora e totais nacionais .....          | 196 |
| <b>Quadro 8</b> – Síntese da violência doméstica reportada às forças de segurança (2000-2005) .....              | 198 |
| <b>Quadro 9</b> – Indicador de intergeracionalidade da violência doméstica .....                                 | 199 |
| <b>Quadro 10</b> – Indicadores de Violência conjugal .....   | 200 |
| <b>Quadro 11</b> – Índice de Género (Relação de masculinidade, valores em %) .....                               | 200 |
| <b>Quadro 12</b> – Indicador de género na vitimação .....  | 201 |
| <b>Quadro 13</b> – Grupo etário da vítima .....  | 201 |
| <b>Quadro 14</b> – Cruzamento do grupo etário da vítima com o sexo .....   | 202 |
| <b>Quadro 15</b> – Grupo etário vítima versus grupo etário denunciado .....                                      | 202 |
| <b>Quadro 16</b> – Total de processos de apoio de violência doméstica registados pela APAV .....                 | 203 |
| <b>Quadro 17</b> – Crimes de violência doméstica .....   | 204 |
| <b>Quadro 18</b> – Distrito da Residência da Vítima .....  | 205 |
| <b>Quadro 19</b> – Dados da vítima e dados do autor do crime .....   | 206 |
| <b>Quadro 20</b> – Estado civil da vítima/ Estado Civil do autor do crime .....                                  | 206 |
| <b>Quadro 21</b> – Relação do autor do crime com a vítima .....  | 207 |
| <b>Quadro 22</b> – Sexo da Vítima/ Pessoas Idosas .....  | 208 |
| <b>Quadro 23</b> – Relação do autor do crime com a vítima .....  | 208 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Quadro 24</b> – Profissões da Vítima .....  | 209 |
| <b>Quadro 25</b> – Local do crime .....  | 210 |
| <b>Quadro 26</b> – Atendimento do SIVVD, segundo o autor do Crime .....  | 212 |
| <b>Quadro 27</b> – Atendimento do SIVVD, segundo os tipos de violência .....   | 213 |
| <b>Quadro 28</b> – Atendimento do SIVVD, segundo a Idade das vítimas .....   | 213 |
| <b>Quadro 29</b> – Atendimento do SIVVD, segundo a situação económica da vítima .....  | 214 |
| <b>Quadro 30</b> - Atendimento do CIDM, quanto às regiões .....  | 215 |
| <b>Quadro 31</b> – Grau de parentesco entre o agressor e a vítima .....  | 217 |
| <b>Quadro 32</b> – População Residente no Concelho de Oliveira de Azeméis .....  | 267 |
| <b>Quadro 33</b> – Efectivo Populacional residente em Oliveira de Azeméis, por freguesia e respectiva variação entre 1991-2001 ..... | 269 |
| <b>Quadro 34</b> – População Residente, no concelho de Oliveira de Azeméis, segundo sexo e classe etária .....                       | 270 |
| <b>Quadro 35</b> – Índice de envelhecimento da população .....   | 271 |
| <b>Quadro 36</b> – Caracterização das famílias do concelho de Oliveira de Azeméis .....  | 273 |
| <b>Quadro 37</b> – Composição do agregado familiar .....   | 274 |
| <b>Quadro 38</b> – População residente, com 15 e mais anos, segundo a condição perante a actividade económica .....                  | 276 |
| <b>Quadro 39</b> – Emprego por actividade económica .....  | 277 |
| <b>Quadro 40</b> – População empregada, desempregada, taxas de actividade e de desemprego, em 1991/2001 .....                        | 277 |
| <b>Quadro 41</b> – População desempregada, no concelho de Oliveira de Azeméis, por classe etária .....                               | 278 |
| <b>Quadro 42</b> – População desempregada, no concelho de Oliveira de Azeméis, segundo o nível de escolaridade .....                 | 279 |
| <b>Quadro 43</b> – População residente em Oliveira de Azeméis, segundo o nível de instrução .....                                    | 280 |
| <b>Quadro 44</b> – Indivíduos sem escolaridade, residentes em Oliveira de Azeméis, por grupo etário e sexo .....                     | 281 |
| <b>Quadro 45</b> – População Residente no Concelho de Vale de Cambra .....   | 284 |
| <b>Quadro 46</b> – Densidade Populacional por Freguesia (1991/2001) .....  | 285 |



|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 47</b> – Índice de envelhecimento da população .....  | 286 |
| <b>Quadro 48</b> – Caracterização das Famílias no concelho de Vale de Cambra .....                              | 287 |
| <b>Quadro 49</b> – Composição do agregado familiar .....  | 288 |
| <b>Quadro 50</b> – População residente, segundo a condição perante a actividade económica .....                 | 289 |
| <b>Quadro 51</b> – Emprego por actividade económica .....   | 290 |
| <b>Quadro 52</b> – População desempregada, no concelho de Vale de Cambra, por classe etária .....               | 290 |
| <b>Quadro 53</b> – População desempregada, no concelho de Vale de Cambra, segundo o nível de escolaridade ..... | 291 |
| <b>Quadro 54</b> – População desempregada, Tempo de Inscrição, em Fevereiro de 2008 .....                       | 291 |
| <b>Quadro 55</b> – População residente em Vale de Cambra, segundo o nível de instrução .....                    | 292 |
| <b>Quadro 56</b> – Associação estatística entre duas variáveis (Correlação) .....                               | 338 |
| <b>Quadro 57</b> – Regressão linear .....   | 339 |
| <b>Quadro 58</b> – Planificação das Actividades .....   | 379 |
| <b>Quadro 59</b> – Parcerias .....  | 381 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Gráfico 1</b> – Índice de envelhecimento, Portugal, 1990-2006 .....   | 52  |
| <b>Gráfico 2</b> – População por ciclos de vida (%) em Portugal<br>(1990/2006) .....   | 55  |
| <b>Gráfico 3</b> – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos,<br>Portugal, 1990-2006 .....  | 55  |
| <b>Gráfico 4</b> – Indivíduos com 65 e mais anos, por tipologia de agregado,<br>Portugal, 2006 .....   | 59  |
| <b>Gráfico 5</b> – indivíduos dos 50-69 anos, por sexo, segundo o nº. de anos<br>de trabalho .....   | 60  |
| <b>Gráfico 6</b> – Estimativa do impacto social da violência doméstica<br>reportada às forças de segurança (valores totais para<br>o período de 2000-2005) ..... | 196 |
| <b>Gráfico 7</b> – Número de Ocorrências participadas, por distrito<br>(Ordenação ascendente) .....  | 197 |
| <b>Gráfico 8</b> – Número total de ocorrências e taxa de incidência<br>em 2007 .....   | 216 |
| <b>Gráfico 9</b> – Sexo dos suspeitos das vítimas em percentagens .....  | 216 |
| <b>Gráfico 10</b> – Distribuição por sexo .....  | 295 |
| <b>Gráfico 11</b> – Lugar de residência .....  | 299 |
| <b>Gráfico 12</b> – Cruzamento das variáveis Empurra ou agride e a variável<br>sexo .....  | 311 |
| <b>Gráfico 13</b> – Cruzamento das variáveis Agride animais ou objectos e a<br>variável sexo .....   | 312 |
| <b>Gráfico 14</b> – Cruzamento das variáveis Insulta ou ameaça/o e a variável<br>sexo .....  | 314 |
| <b>Gráfico 15</b> – Cruzamento das variáveis, comportamentos causam-lhe<br>medo e a variável sexo .....  | 315 |
| <b>Gráfico 16</b> – Cruzamento das variáveis Impede as relações com os<br>amigos e familiares e a variável sexo .....  | 317 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Gráfico 17</b> – Cruzamento da variável Coloca-lhe entrave para sair de casa e a variável Sexo .....  | 318 |
| <b>Gráfico 18</b> – Cruzamento das variáveis Não é capaz fazer nada só e a variável sexo .....   | 319 |
| <b>Gráfico 19</b> – Cruzamento das variáveis o que faz está mal e a variável sexo .....  | 320 |
| <b>Gráfico 20</b> – Cruzamento da variável Diante da família, amigos/as, companheiros/as ridiculariza-o/a ou não lhe dá valor, com a variável Sexo ..... | 321 |
| <b>Gráfico 21</b> – Cruzamento das variáveis Não dá valor aos trabalhos e esforços e a variável sexo .....   | 322 |
| <b>Gráfico 22</b> – Cruzamento das variáveis Decide o que podes fazer e o sexo .....   | 324 |
| <b>Gráfico 23</b> – Cruzamento da variável Indiferente aos problemas e necessidades com a variável sexo .....  | 325 |
| <b>Gráfico 24</b> – Cruzamento da variável Responsabiliza-o/a por tarefas próprias do género com a variável sexo .....                                   | 327 |
| <b>Gráfico 25</b> – Cruzamento das variáveis Culpa-o/a de não o/a atender como homem/mulher e a variável sexo .....                                      | 329 |
| <b>Gráfico 26</b> – Cruzamento da variável Controla o dinheiro com a variável sexo .....   | 331 |
| <b>Gráfico 27</b> – Cruzamento da variável Relações Sexuais sem vontade com a variável sexo .....  | 333 |
| <b>Gráfico 28</b> – Cruzamento da variável Relações Sexuais degradantes e humilhantes com a variável sexo .....  | 334 |
| <b>Gráfico 29</b> – Cruzamento da variável Pensa estar a ser maltratado/a com o sexo .....   | 336 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Fig. 1</b> – Pirâmide Etária da População Residente, 1996-2006 .....   | 53  |
| <b>Fig. 2</b> - Modelo ecológico de Belsky (1980) .....                   | 189 |
| <b>Fig. 3</b> – Do problema social ao resultado colectivo .....           | 192 |
| <b>Fig. 4</b> – Mapa do Concelho de Oliveira de Azeméis .....             | 265 |
| <b>Fig 5</b> – Mapa do concelho de Vale de Cambra .....                   | 283 |
| <b>Fig 6</b> – Mapa conceptual de um processo de Intervenção social ..... | 356 |
| <b>Fig 7</b> – A Intervenção Primária .....                               | 371 |
| <b>Fig 8</b> – A Intervenção Secundária .....                             | 372 |
| <b>Fig 9</b> – A Intervenção Terciária .....                              | 373 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabela 1</b> – Distribuição por Sexo .....   | 295 |
| <b>Tabela 2</b> – Distribuição por sexo e por concelho de residência .....  | 296 |
| <b>Tabela 3</b> – Distribuição da Idade por Classes Etárias .....   | 296 |
| <b>Tabela 4</b> – Universo total – cruzamento entre sexo e Idade .....  | 297 |
| <b>Tabela 5</b> – Distribuição quanto ao grau de Escolaridade .....   | 298 |
| <b>Tabela 6</b> – Distribuição quanto ao grau de Escolaridade e o sexo .....  | 298 |
| <b>Tabela 7</b> – Posição Ideológica .....  | 299 |
| <b>Tabela 8</b> – Cruzamento entre a posição ideológica e o sexo .....  | 300 |
| <b>Tabela 9</b> – Situação Económica .....  | 301 |
| <b>Tabela 10</b> – Forma de Convivência .....   | 301 |
| <b>Tabela 11</b> – Crença Religiosa .....   | 302 |
| <b>Tabela 12</b> – Idade do cônjuge do respondente .....  | 302 |
| <b>Tabela 13</b> – Escolaridade do Cônjuge .....  | 303 |
| <b>Tabela 14</b> – Ocupação laboral anterior do cônjuge do respondente .....  | 303 |
| <b>Tabela 15</b> – Ocupação laboral actual do cônjuge do respondente .....  | 304 |
| <b>Tabela 16</b> – Cruzamento das variáveis Empurra ou agride<br>e a variável sexo .....                            | 311 |
| <b>Tabela 17</b> – Cruzamento das variáveis Agride animais ou<br>objectos e a variável sexo .....                   | 312 |
| <b>Tabela 18</b> – Comparação de médias entre a variável sexo,<br>nos maus-tratos físicos .....                     | 313 |
| <b>Tabela 19</b> – Cruzamento das variáveis Insulta ou ameaça/o<br>e a variável sexo .....                          | 314 |
| <b>Tabela 20</b> – Cruzamento da variável comportamentos<br>causam-lhe medo com a variável sexo .....               | 315 |
| <b>Tabela 21</b> – Cruzamento das variável Impede as relações<br>com os amigos e familiares e a variável sexo ..... | 316 |
| <b>Tabela 22</b> – Cruzamento da variável Coloca-lhe entraves<br>para sair de casa e a variável sexo .....          | 318 |
| <b>Tabela 23</b> – Cruzamento das variáveis Não é capaz fazer   |     |

|   |     |
|---|-----|
| nada só e a variável sexo .....   | 319 |
| <b>Tabela 24</b> – Cruzamento das variáveis o que faz está mal e a variável sexo .....  | 320 |
| <b>Tabela 25</b> – Cruzamento da variável Diante da família, amigos/as, companheiros/as ridiculariza-a ou não lhe dá valor, com a variável Sexo ..... | 321 |
| <b>Tabela 26</b> – Cruzamento das variáveis Não dá valor aos trabalhos e esforços e a variável sexo .....   | 322 |
| <b>Tabela 27</b> – Cruzamento das variáveis Controla-lhe os horários e pergunta pelas suas saídas e a variável sexo .....                             | 323 |
| <b>Tabela 28</b> – Cruzamento das variáveis Decide o que podes fazer e a variável sexo .....  | 323 |
| <b>Tabela 29</b> – Cruzamento das variáveis Não conta a opinião nem os pedidos e a variável sexo .....  | 324 |
| <b>Tabela 30</b> – Cruzamento da variável Indiferente aos problemas e necessidades com a variável sexo .....  | 325 |
| <b>Tabela 31</b> - Cruzamento da variável Não respeita a ideologia política e crença religiosa com a variável sexo .....                              | 326 |
| <b>Tabela 32</b> – Cruzamento das variáveis Ironiza e ridiculariza a ideologia e crença religiosa e a variável sexo .....                             | 326 |
| <b>Tabela 33</b> – Cruzamento da variável Responsabiliza-o/a por tarefas próprias do género com a variável sexo .....                                 | 327 |
| <b>Tabela 34</b> – Cruzamento das variáveis Culpa-o/a de não o/a atender como homem/mulher e a variável sexo .....                                    | 328 |
| <b>Tabela 35</b> – Comparação de médias entre sexos/ maus-tratos psicológicos .....   | 329 |
| <b>Tabela 36</b> -Cruzamento das variáveis Usa o dinheiro como se fosse seu e a variável sexo .....   | 330 |
| <b>Tabela 37</b> – Cruzamento da variável Controla o dinheiro com a variável sexo .....   | 331 |
| <b>Tabela 38</b> – Comparação de médias entre sexos/ maus-tratos económicos .....   | 332 |
| <b>Tabela 39</b> – Cruzamento da variável Relações Sexuais sem vontade com a variável sexo .....  | 332 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabela 40</b> – Cruzamento da variável Relações Sexuais degradantes e humilhantes com a variável sexo .....             | 333 |
| <b>Tabela 41</b> – Comparação de médias entre sexos/ maus-tratos Sexuais .....   | 334 |
| <b>Tabela 42</b> – Cruzamento da variável Administrou substância para lhe causar dano ou doença com o sexo .....           | 335 |
| <b>Tabela 43</b> – Cruzamento da variável Manipulou amostras de análises para simular uma doença com a variável sexo ..... | 335 |
| <b>Tabela 44</b> – Comparação de médias entre sexos/ síndrome de Munchhausen .....   | 336 |
| <b>Tabela 45</b> – Cruzamento da variável Pensa estar a ser maltratado/a com a variável sexo .....                         | 336 |
| <b>Tabela 46</b> – Cruzamento da variável Pensa ter sido maltratado/a com o sexo .....                                     | 337 |

## INTRODUÇÃO

O impacto da mudança dos contextos económicos, políticos, culturais e a própria globalização ajudaram a provocar uma mutabilidade acelerada da configuração social e impôs modificações aos perfis profissionais do Educador Social e ao mesmo tempo desactualizando-o. Ora, numa sociedade problemática e complexa como aquela em que vivemos, a mudança não se caracteriza facilmente.

Convivemos diariamente com evidências claras de inovação, com êxitos e sucessos diversificados, com práticas que fazem a diferença, com situações, projectos e exemplos que nos fazem acreditar que é possível melhorar os processos e resultados sociais.

A sociedade em geral, e o Educador Social em particular, têm de despertar uma nova consciência de direitos humanos, incrementando novas aprendizagens, em especial, a nível cívico.

Por isso, muito provavelmente mais do que impor mudanças em momentos determinados, justifica-se hoje (re) inventar o papel do Educador Social para que se crie uma dinâmica permanente, num processo de inovação contínua baseado na criatividade dos Educadores Sociais e nas suas capacidades para (re) criarem e rectificarem objectivos e modalidades de acção, acreditando que o percurso pode ser lento mas as metas serão atingidas.

Perante esta realidade social, pareceu-nos da maior pertinência e utilidade realizar um estudo para procurar saber até que ponto existem maus-tratos nos casais de idosos que recebem serviço de apoio ao domicílio, nos concelhos de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos.



Procuramos igualmente saber e conhecer o novo paradigma da identidade profissional do Educador Social e os vectores que influenciam as suas decisões e sentimentos perante esta realidade social.

A opção desta temática prende-se com a análise dos tipos de maus-tratos sofridos pelos idosos e como tal, propomo-nos como pergunta de partida: **Até que ponto os idosos que recebem serviço de apoio domiciliário são vítimas de violência conjugal?**

Esta questão remete-se, a nosso ver, de grande pertinência e actualidade face à urgente necessidade de conhecer no terreno a realidade social dos idosos.

Em torno desta problemática, o nosso estudo tem uma dupla finalidade. Por um lado, pretendemos contribuir para a diminuição de défice de investigações nesta área e, por outro lado proporcionar dados a estas organizações facilitadores do seu desenvolvimento organizacional.

Pautamo-nos, portanto, por critérios de cientificidade e critérios de pertinência social, situando-se o nosso estudo na ligação entre a esfera da investigação e a esfera prática, aproximando-nos assim de uma lógica de investigação – acção, metodologia que é reconhecida por diversos autores.

A escolha do tema foi determinada sobretudo por razões de ordem pessoal e profissional. A violência conjugal tem sido investigada tendo em conta os maus-tratos conjugais de uma forma geral e não vista à luz dos idosos. A nossa inclinação e interesse por este objecto de investigação prendem-se fundamentalmente com a necessidade de compreender as atitudes violentas dos idosos e, por outro, poder vir a dar respostas esclarecedoras aqueles com quem mantemos relações de trabalho e que têm responsabilidades sociais.

Todos estamos conscientes que, o envelhecimento é um processo de todo o ser humano, normal, gradual, individual e diferencial, tendo como limite a morte, devendo ser visto numa perspectiva biológica, psicológica e social.

O isolamento e a solidão passam a ser inevitáveis para muitos idosos, como consequência negativa para a saúde física e mental dos mesmos.

Factores demográficos, comportamentais, psicológicos e outros, estão na base destes problemas.

Muitos dos idosos vivem o casamento como um compromisso ao qual não podem pôr termo, visto que, este foi planeado pelos pais que o viam como um contrato onde prevalecia o dinheiro, as propriedades rurais e/ou o reconhecimento social (Skynner; Cleese, 1990), ao contrário do que actualmente acontece, onde “o amor e a felicidade tornaram-se centrais”, porque, na sociedade ocidental existe cada vez mais uma preocupação de o amor e a paixão serem o principal sector na escolha do companheiro, (Dias, 2004: 45). Este compromisso, é imposto também ao nível religioso uma vez que, o fizeram quando estes idosos casaram e segundo a nossa amostra, quase todos pela Igreja Católica, prometeram “amarem-se e respeitarem-se, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, até que a morte os separasse”. Daí que, ao nível conjugal, os idosos, sofram, por vezes em silêncio os vários tipos de maus-tratos, que podem assumir diversas formas, tais como, física, emocional, psicológica, sexual e económica e que normalmente é desenvolvida, pelo homem, com vista a perpetuar a intimidação, o poder e o controlo do agressor sobre o cônjuge maltratado. Estes surgem muitas vezes de forma inexplicável, fazendo com que o agredido não tenha noção de quando ocorrerá o maltratado, uma vez que este pode acontecer de forma arbitrária.

A pessoa maltratada é vista como uma pessoa desprotegida e que as suas características psicológicas e comportamentais devem ser vistas, não como uma causa do maltrato, mas sobretudo como o seu resultado (Idem: 129).

A população estudada foram os casais de idosos que recebem o Serviço de apoio domiciliário, nos concelhos de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra, como forma de mais facilmente chegar até eles.

Este serviço tem como objectivo satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas, tendo em vista manter ou melhorar a sua autonomia, permitindo que continuem a viver no seu domicílio, e como tal, retardando-lhes a entrada num lar de idosos.

Em consequências destes pressupostos, as hipóteses teóricas propostas pretendem demonstrar a existência de uma relação entre:

**Hip.1** – Os maus-tratos fazem parte da vida quotidiana dos idosos com serviço de apoio domiciliário;

**Hip.2** – As vítimas de maus-tratos são maioritariamente do sexo feminino;

**Hip.3** – As condições religiosas e económicas determinam os maus-tratos conjugais;

**Hip.4** – Os maus-tratos são consequência do consumo de álcool;

**Hip. 5**- As pessoas idosas estão conscientes que sofrem maus-tratos;

Partindo das hipóteses enunciadas procura-se, através de um estudo e análise sistemática de diferentes variáveis que fundamentam os vários tipos de maus-tratos existentes, contribuir para um melhor conhecimento do tipo de maus-tratos de que são vítimas os idosos casados, do concelho de Vale de Cambra e Oliveira de Azeméis, que recebem serviço de apoio domiciliário, a fim de obter dados que possam consolidar propostas de mudança de comportamentos pessoais, familiares e sociais e que visem o desenvolvimento de novas acções e atitudes mais positivas em relação ao idoso.

O estudo que vamos apresentar pode ser identificado como exploratório, porque tem como principal intuito desenvolver, elucidar e alterar conceitos e ideias, tendo como o objectivo, formular problemas ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (Gil, 1995).

Assim, a metodologia que iremos utilizar permite-nos confrontar as concepções teóricas abordadas na fundamentação teórica, com o material empírico que vamos recolher, possibilitando assim o conhecimento científico. Utilizamos dois métodos diferentes, quantitativo e qualitativo, porque pretendemos suprimir as fragilidades de cada um. A nossa investigação procurou estudar a questão orientadora seleccionada, recorrendo a dois instrumentos de recolha de dados: o inquérito por questionário e as histórias de vida.

Esta metodologia conduziu a uma estruturação do trabalho de investigação em duas partes: fundamentação teórica e empírica.

Ao longo do quadro teórico, percorremos três pontos essenciais para a compreensão dos fenómenos que pretendemos descrever.

No primeiro capítulo, tivemos a preocupação de enquadrar a pessoa idosa no contexto deste trabalho. A evolução histórica da pessoa idosa numa vertente positiva e negativa, bem como o estudo das teorias, da influência da família e, ainda, o tratamento de dados estatísticos, fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística, permitindo o conhecimento do fenómeno do envelhecimento e a identificação do perfil das pessoas idosas.

Num segundo capítulo, procuramos compreender a evolução das políticas sociais direccionadas para as pessoas idosas, passando pela evolução histórica até à realidade Portuguesa dos nossos dias. É, ainda, caracterizado o perfil da pessoa idosa que usufruiu do Serviço de Apoio Domiciliário, valência em estudo nesta investigação. Ou seja, depois de no primeiro capítulo descrevermos a imagem da pessoa idosa, neste capítulo passamos a descrever o que deve o Estado e a Sociedade Civil fazer para promover o bem-estar da população idosa, dentro de uma sociedade em constante mudança.

O terceiro capítulo incidiu sobre o problema da Violência, nas relações conjugais, entre os idosos. Pretendemos esclarecer as perspectivas sociológicas deste problema, passando por definir cada tipo de maus-tratos inerentes à nossa investigação, bem como o estudo dos modelos causais subjacentes. Analisamos o problema do ponto de vista dos números disponibilizados pela PSP (Policia de Segurança Pública), GNR (Guarda Nacional Republicana), APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) e SIVVD (Serviço Informação a Vítimas de Violência Doméstica), ao nível do país, a nível distrital e ao nível dos dois concelhos em estudo. Por último, é feito um enquadramento jurídico da problemática, a nível internacional, europeu e de Portugal.

Este capítulo permitiu-nos reflectir sobre o problema da violência conjugal entre os idosos e construir um quadro conceptual de grande utilidade para a caracterização de cada tipo de maus-tratos.

A revisão bibliográfica efectuada permitiu-nos constatar a inexistência de trabalhos concretos na área em estudo. Se é certo que a bibliografia que se dedica ao estudo do envelhecimento e das pessoas idosas é vasta, a verdade

é que não existe bibliografia de referência que possa servir de base ao estudo da violência conjugal entre idosos. Deste modo estamos conscientes da especificidade deste assunto.

O trabalho empírico procurará dar continuidade ao processo de conhecimento já iniciado.

Analisa todos os dados obtidos através do inquérito por questionário, elaborado para o efeito, sustentado pela análise, feito através do programa informático SPSS. A utilização estatística permite determinar, em termos numéricos, a probabilidade de acertos de determinada conclusão, bem como a margem de erro de um valor obtido. São apresentados os dados utilizando tabelas e gráficos.

Por último é feita a verificação das hipóteses e a apresentação de conclusões.

Através de uma abordagem narrativa da violência conjugal, tentamos conhecer, de que forma os idosos constroem a sua história de violência e como a reelaboram.

No último capítulo é definido um programa de intervenção específico, tendo como objectivo minimizar os efeitos da violência conjugal.

Entretanto, foi nosso desejo fazer ressaltar como idosos, de diferentes meios, constroem a sua realidade de violência doméstica, ao lhe atribuírem significado. Por esta razão, percorrem-se, ao longo de toda a tese, histórias de violência doméstica. É de salientar que, por questões de confidencialidade, os nomes utilizados, nas histórias de vida, são fictícios.

Pretende-se com este trabalho dar a conhecer a realidade de pessoas idosas, que por questões, culturais, sociais, económicas, entre outras, nunca denunciaram os maus-tratos de que são vítimas, e ainda dar pistas para a criação de medidas de prevenção que contribuam para minimizar estas questões.

Não queremos terminar esta introdução sem deixar de referir que o projecto comportou um conjunto de limitações de ordem temporal, sendo realizado cumulativamente com o exercício das nossas funções.

# **PARTE I**

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

*“Ui, Jesus! O que eu passei (...) ele dormia com a faca debaixo da travesseira e, quando ele estava a dormir, eu tirava-lhe o porta-moedas e tirava-lhe dinheiro pra comprar o que fosse preciso, pão prós meus filhos.... foi muito tempo assim”.*

Ana, 65 anos, empregada fabril

### Percurso Biográfico

Ana (nome fictício) nasceu em 1941 numa freguesia rural do Concelho de Oliveira de Azeméis. A mãe era doméstica e, por vezes, ajudava o marido, que era sapateiro. O seu pai faleceu, quando tinha três anos e a sua irmã 1 mês e 20 dias: *“ (...) foi de repente (...) a minha mãe fala que ele, naquele dia, fez um par de sapatos e, à noite, morreu!”*

A vida de Ana não tem sido fácil, desde a morte do seu pai. Foi levada para a casa de uma tia, no Porto, e a irmã ficara com a mãe, na sua terra natal. Contudo, Ana regressou, com 8 anos de idade, devido a um grave problema de saúde. A tuberculose tinha-a afectado, violentamente, ao ponto de lhe *“rebentar o pulmão esquerdo”*. Felizmente, curou-se e completou a terceira classe. Apesar de ter ultrapassado este obstáculo da vida, com sucesso, Ana mal sabia que outros obstáculos a esperavam.

A sua mãe voltou a casar-se e, hoje, Ana recorda que, embora não tenha conhecimento de actos violentos entre a progenitora e o padrasto, considera que a existência de desentendimentos entre os filhos de cada um desencadeava alguns problemas entre eles: *“A minha mãe e o meu padrasto davam-se bem. Ao que é que filhos de um lado e filhos de outro não dava (...) cada um puxava a sardinha para o lado deles e, claro, havia sempre problemas entre os dois”*. *“ (...) a minha mãe, naquela altura, ela queria é que eu (...) me despachasse pra um lado ou pró outro, porque ela vivia com o meu padrasto e, então, já se sabe. Filho de um lado, filhos de outro, nunca dava bem e, depois, eu optei por casar.”* Perante esta situação bastante adversa, à Ana surgiram-lhe duas perspectivas de futuro: ou ía trabalhar para a lavoura (servente de lavradores e lagares) lá

na terra, ou, então, casar com um rapaz vizinho, colega de escola que *“andou sempre atrás de mim até aos meus 17 anos.”* Optou pela segunda, estando convicta que teria uma vida mais facilitada. Lembra que: *“Olhe, nasci em Cesar e fui baptizada em Cesar (...) eu casei com 17 anos, aos 18 anos já era mãe”.*

### A vida conjugal e os maus-tratos

Apesar das constantes insistências da mãe para que contraísse matrimónio, Ana declara que se casou por amor, mas não sabia que os sentimentos de infelicidade se agravariam, a partir deste momento.

O facto de ser muito jovem e de amar o seu marido fez com que não tomasse em atenção alguns pormenores preocupantes, como o facto deste beber, excessivamente. Para ela, eram situações ocasionais. Mais tarde, veio a constatar que era a realidade do seu dia-a-dia.

Na fase de namoro, o marido nunca foi agressivo com ela, mas o mesmo não sucedeu depois de casada: *“olhe, arranjei um homem alcoólico, que eu não sabia, ele dizia que era alcoólico! Mas pronto (...) eu não acreditava porque ele nunca me cheirou ao álcool! Nunca me apercebi. Ele foi muito mauzinho 20 anos pra mim (...) o tempo que namorávamos, dávamo-nos bem, depois é que ele começou a... era porrada, era tiros, foram 20 anos de sofrimento! 20 anos (...) eu era ameaçada de faca... ele dormia com a faca de baixo da travesseira”.*

Ana associa os maus-tratos do seu marido ao problema do alcoolismo que o afectava desde criança, dado que o abuso de álcool, na vida do marido, começou na sua família biológica. *“A família dele era toda alcoólica, desde a avó, as minhas cunhadas não é tanto, mas a avó e a minha sogra (...) ela enchia-lhe um biberão. Não havia nessa altura! Era uma garrafa com vinho branco, com açúcar quente, e embebedava as criancinhas que ficavam a dormir todo o dia, e o meu marido era o mais alcoólico de todos”.*



Ana refere que as agressões começaram por razões financeiras: “ (...) foi desde as faltas de dinheiro, pois tinha de haver para o álcool e não havia pra tudo e depois era um filho cada ano que eu tinha”. No início de casada, Ana morava com a sogra; Contudo, esta agravava o mau relacionamento entre o casal: “ (...) a minha sogra também apanhava-se com o álcool, eram os dois (...) ela, pronto, bebia e tudo mais, mas não era violenta. Ela, se for preciso, dava, mas não sabia o que fazia nem o que dizia, não é? O pior era o meu homem que, com o álcool, batia-me sempre”. Ana não aguentou a convivência com a mãe do marido e viu-se forçada a comprar uma casa “ (...) eu não aguardei e comprei esta casita, vendi o meu ouro todo e comprei esta casita, depois foi arranjada, comprei isto por 14 contos e oitocentos (...)”.

Com ela levou o marido e os filhos; no entanto, os maus-tratos, em vez de diminuírem (como Ana acreditara), passaram a ser mais violentos e Ana recorda um desses momentos de “sofrimento”: “ (...) eu não podia abrir a boca em nada. Deus me livre. Se eu abrisse a boca, levava, senão levava na mesma: Não falas de uma maneira, mas falas de outra”. E quando o Fajões jogava e perdia? Eu até punha a canalha a rezar à Nossa Senhora, pra eles não perderem, porque eu tinha medo dele, porque eu é que pagava.”

O sentimento de infelicidade agravou-se ao longo da vida de Ana e, principalmente, quando esta perdeu dois dos 7 filhos que tivera. Um faleceu em bebé e outro com 25 anos, devido a um ataque de epilepsia. Quando Ana estava grávida, as atitudes do marido não mudavam: “Batia, quando eu estava grávida! Tive três meninas e levei sempre porrada até à ultima e, depois, foi os meninos, o primeiro foi aborto e era um menino, o segundo pesou cinco quilos e trezentas quando nasceu. Nasceu ao Domingo, ao meio-dia e dez minutos e, na véspera, andei a tirar estrume para os campos da minha mãe e levei uma grande carga de porrada à noite. E às três horas da manhã começou-me a dar as dores pra eu ter o bebé e depois ao meio-dia nasceu (...) era eu sozinha e mais habilidosas, porque nós aqui não íamos pra hospital nenhum, só sabia o que era (o

***sexo da criança) quando estava já no mundo (...) o que trazia só sabia quando estava no mundo e levei porrada até à última”.***

Apesar do marido trabalhar como empregado fabril e de ser ajudada pela mãe, Ana teve de se empregar numa indústria para conseguir alimentar os seus filhos, lembrando que: ***“ele bebia e o dinheiro não chegava, tive de atravessar a meter-me numa fábrica, mas também, ainda assim, no dia do pagamento, ele era a primeira pessoa a me levar o dinheiro e gastava-o todo naquela noite. A minha falecida mãe é que me matava a fome aos meus filhos muitas vezes (...)”.***

Pela indiferença do marido, Ana tinha a seu cargo os filhos: ***“ (...) eu trabalhava na fábrica e vinha pra cozinhar pra 6 filhos naquela altura, de volta de mim, ele 7 e eu 8”.***

Ao fim de 19 anos, a desgraça continuou a bater-lhe à porta. Devido a um ataque de epilepsia, ficou inválida, o que a obrigou a deixar de trabalhar.

O marido continuava com as agressões e os vizinhos sentiam-se revoltados com a situação que testemunhavam. Porém, Ana não via, nestas atitudes, um apoio e alerta pelo facto de ser vítima de violência, mas antes, um desvio ao seu “sagrado” casamento. Ao fim de tantos anos, e depois de passar por tantas privações, hoje, tem a consciência de que as pessoas o queriam ajudar: ***“ (...) As pessoas, quando viam que eu estava com muito sofrimento, só diziam: “Porque é que vives com um homem assim, tens a tua filha que está a trabalhar na Silamos e ganhas...” e eu só dizia: “Não me destruam o meu casamento, Deus uniu e só Ele há-de separar!”. Eram estas as palavras que eu dizia... “Não, eu não deixo o meu homem, só quando ele me matar!”.***

Ana nunca pediu ao marido para que este parasse de beber e nem tinha esperanças disso, confessando que: ***“ (...) para mim quanto mais ele me batia mais eu gostava dele (...) eu gostava dele e prontos”.***

Como tal, nunca foi sua intenção denunciá-lo, nem mesmo quando os vizinhos a viam com marcas de violência. ***“Eu ainda encobria, mas eles sabiam bem e chamavam-me à atenção”.*** As agressões ocorriam dentro

**de casa. “À frente das outras pessoas era violento só de fala... tratava-me mal, se fosse preciso à frente das outras pessoas, mas não me batia à frente das outras pessoas, mas, em casa já nos batia”.**

**Muitas vezes, o marido de Ana transpunha a violência para os filhos que se tornavam vítimas secundárias: “ (...) era violento também para os filhos... era muito violento, ela batia era com a correia, a correia do lado da fivela, ele batia muito nos filhos e eu metia-me e levava eu também, ainda levava mais porque queria defender os meus filhos. Pão, se for preciso, não havia, mas álcool tinha de haver, porque, se não houvesse, era logo porrada”.**

**Independentemente de estar consciente de ter sido vítima de maus-tratos, ao longo de 20 anos do seu casamento, Ana considera que estas situações de violência doméstica se devem, apenas, aos efeitos do álcool e não, propriamente, ao marido: “ (...) por causa do álcool... sofri mas o que era sofrer... tanto é que ele bebia 10 litros de vinho por dia (...) estava sempre a beber, 5 litros e até à noite bebia outros 5”.**

**Para infelicidade de Ana, ainda foi confrontada com o sofrimento de uma filha de 16 anos que tivera um grave acidente de trabalho, ficando sem as duas mãos. Este foi mais um momento que teve de ultrapassar ao lado da filha, com muita fé: “ (...) ela virou-se contra mim, contra o pai, contra Deus, contra tudo. Hoje está em Fátima, já tem a aliança e tudo, ela é que sabe”. A fé era o suporte da família em que os filhos rezavam para que o pai não batesse à mãe e Ana pedia para não ser maltratada. A este propósito relembra que: “Ele nunca faltou ao trabalho nem à missa... alcoólico, ele ia pra missa sabe Deus como”.**

**O destino ainda reservava a esta mulher mais surpresas. Um dos seus filhos tornou-se toxicod dependente. Felizmente, hoje, está recuperado e constituiu família em França: “Ele veio aqui para dentro muito magrinho, com aqueles olhos muito encovados, ele já me fugia ao trabalho (...) e depois ao fim do mês ficava sem dinheiro nenhum”.**

### **A felicidade no casamento de Ana**

A violência doméstica na vida de Ana durou 20 anos e, apesar de não ter tido esperanças de que algum dia tivesse um fim, recorria à fé que nunca a abandonou e, como por “milagre”, o seu marido teve vontade de se recuperar do problema do alcoolismo: “ (...) *um milagre daqueles grandes! Eu penso que foi milagre (...) agora, por falar nisso, porque eu pedia muito a Deus quando ia à missa pra ele desistir do álcool, eu vi-me tão desesperada que tinha levado tanta porrada que eu disse: “ Ó meu pai, que me deixastes ficar no mundo a sofrer tanto, ao menos pede ao Senhor pra eu ou morrer ou pra dar a Celebração ao meu homem (...)” não é que ele vai a ser internado no dia que fazia anos que o meu pai morreu!”!*

Há 27 anos o marido de Ana parou de beber, por motivos de saúde, (problemas hepáticos), mas ainda recorda que, no dia em que este foi ao médico, ainda sofreu de maus-tratos, que continuaram até à hora em que o marido partiu para Coimbra para se tratar. Relembra este momento com felicidade, mas também com tristeza: “*No dia em que ele foi internado (...) na véspera eu estava a passar a ferro, tinha aqui o balcãozito atravessado, estava a preparar a roupa pra ele levar, e ele mandou-me um copo à cabeça e deu-me muita porrada, por eu estar a passar a roupa (...) e, no dia seguinte, quando ele foi de manhã, as palavras dele de despedida foram estas: “Aí filha da (...) agora já podes ir pá Serra da Laia”, (...) e eu disse; “Ó homem, és o meu marido e foste o primeiro homem que me difamaste, só te conheci a ti!”. Mas era o vinho! Ele antes de ir ainda bebeu 5 litros de vinho e foi sozinho pra Coimbra”.*

Actualmente, Ana reside com o marido, uma filha e uma menina que a filha adoptara, e que criou como se fosse uma neta: “Netos de sangue tenho 6 e, agora, tenho esta que me chama avó, mas não é, é minha neta porque a minha filha trouxe-a, tem 15 anos (...) a minha filha trouxe-a de Moçambique”.

**Apesar do marido já lhe ter dado “muito sofrimento”, a partir do momento em que este se recuperou do alcoolismo, nunca mais bebeu, e passaram a respeitar-se, o que antes não faziam.**

**Ana, hoje, considera que: *“agora é que tenho felicidade” e refere que a sua vida está a acabar “muito bem (...) até receio a separação agora... o primeiro a ir pró cemitério, e ele também diz a mesma coisa”.***

**Hoje, reformada e a usufruir do Serviço de Apoio Domiciliário, há 3 anos, devido à osteoporose, Ana passa a maior parte do seu tempo em casa, na jardinagem e a fazer renda, declarando que: “enquanto puder, faço!”. Esta é uma tarefa que lhe traz muitas recordações, pois relembra que fazia renda de noite, enquanto o seu marido bebia: ele dizia: *“são horas de fazer! Levanta-te”*. Hoje Ana diz que este é o seu “vício”.**

**A propósito do marido, Ana refere que: “ (...) *agora só tenho a dizer bem dele”* e, quanto aos maus-tratos, Ana afirma que se tivesse conhecimento de violência conjugal, entre os seus filhos *“não deixava”*. Todavia, continua convicta de que o casamento é para sempre *“nem que haja qualquer problema (...) eu sofri o que sofri com o teu pai, à noite cobríamos com a mesma manta, ao outro dia éramos outros! ”*.**

*Porque na juventude foi agradável, agora nada diz que possa agradar: Um velho é sempre desagradável, Não faz mais do que desagradar; Se se cala, para que dele se compadeçam, é tido como um doido cansado; Se fala, dizem para se calar porque um burro nunca fala.*

*(Minois, 1999: 287)*

## **CAPÍTULO 1: A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO**

### **1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PESSOA IDOSA**

#### **1.1- Uma visão positiva**

A velhice é uma questão cultural e social, fortemente condicionada por um conjunto de factores de origem económica, política, filosófica, religiosa e cultural, onde os indivíduos acabam por estar vinculados a um sistema de valores que marcam, de certa forma, a sua maneira de estar. Para Alba (1992:31), “la vejez es un estado excepcional ante el cual caben, al parecer, dos actitudes: el respeto o la eliminación. El primero há sido más frecuente que la segunda.”

Em épocas remotas, várias foram as civilizações que consideravam e reconheciam o idoso. A velhice era o apogeu, um dom atribuído à magia; (Paz, 2000), a longevidade era honrada e respeitada e representava um papel importante na sociedade. Na opinião de Thomas (cit. por Minois, 1999) aquele que, pela sua idade, se aproximava do além era o mediador entre este e o outro mundo; por isso, é que os feiticeiros, feiticeiras e sacerdotes eram os que tinham a idade mais avançada na sociedade. O papel do velho, como depositário do saber, memória do clã, era também bastante importante, nesta altura. Como nos refere Alba (1992: 32),

La vejez es un factor importante del sentido de la continuidad. Transmite conocimientos y modos de vida, valores morales y mitos. Cuando su capacidad de producir disminuye, puede ser todavía útil consagrando más tiempo que los adultos a los niños y

adolescentes. Puede enseñar fórmulas mágicas. Todo esto hace del viejo un ser excepcional no solo por la edad, sino también por la experiencia y por la memoria.

Nos povos primitivos, o papel político preponderante dos mais velhos era justificado pela sua sabedoria e a experiência. Por isso, podemos parafrasear um provérbio africano que nos diz “quando um velho morre é uma biblioteca que arde” (Minois, 1999:23).

No mundo hebraico, os idosos eram considerados os chefes do povo. Segundo os escritos do Antigo Testamento, Moisés só tomava as decisões, depois de consultar os anciãos, que eram os “portadores do espírito divino, investidos de uma missão sagrada e guias do povo. Os seus poderes religiosos e judiciais são enormes” (Idem:44).

Ao contrário dos outros filósofos gregos, Sócrates, referiu-se ao envelhecimento dizendo que, para seres humanos prudentes e bem preparados, a velhice não constitui peso algum. Defendia as vantagens de se ser idoso. A experiência e a sabedoria são características realçadas, pois, para ele, era uma satisfação falar com pessoas idosas. Sócrates, defendia que nos devíamos informar “junto delas, como de pessoas que foram à nossa frente nesse caminho que talvez tenhamos que percorrer, sobre as suas características, se é áspero e difícil da existência, ou que considerações deves fazer” (Idem:77).

Estas características estão referidas num diálogo sobre a velhice ocorrido entre Sócrates e Céfalo, onde o filósofo questiona o amigo sobre o facto de se encontrar no denominado limiar da velhice. A esta pergunta Céfalo respondeu que se sentia bem, “pois a triste cantilena, evocada por muitos, responsabilizando a velhice por todos os males, para ele era decorrente da própria vida e não da idade avançada” (Beauvoir, 1990:135).

No império Romano, época de grandes conquistas e de grande expansão territorial, o problema da velhice não deixou de ser uma questão importante nos diversos aspectos demográfico, político, social, psicológico e clínico.

Ao nível demográfico, regista-se um crescente número de pessoas idosas, sobretudo do sexo masculino, devido à frequência de mortes durante os partos. Um outro aspecto positivo, relativamente a estas pessoas, fora

conferido pelo direito romano, onde os mais velhos eram a autoridade no seio da família. O patriarca possuía direitos absolutos sobre os filhos e as esposas, em todas as decisões que dissessem respeito ao seu dia-a-dia.

Cícero (103-43 a.C.) acreditava que a velhice era a soma de todas as virtudes; era a cena final da peça que constitui a existência humana (Alba, 1992). Para ele, o envelhecimento era um processo fisiológico, em que o idoso sofria de perda de memória, de capacidade funcional, de alterações dos órgãos dos sentidos e, ainda, perda da capacidade de trabalho. Salienta que, com o envelhecimento, os prazeres corporais vão sendo substituídos pelos intelectuais, enfatizando a necessidade de prestigiar os idosos e prepará-los, psicologicamente, para a morte. Para estes filósofos, todas as idades tinham virtudes. Era necessário encontrar o prazer em cada uma delas. O saber envelhecer não deveria estar ligado ao individual, pois a superação dos obstáculos para uma velhice feliz ia buscar ao social a sua razão de ser (Minois, 1999).

Por sua vez, Séneca (20 a.C. – 65 d.C.) era de opinião que a verdadeira velhice não deveria estar relacionada com os anos, mas com a sabedoria. Defendia que, para que se pudesse ter tranquilidade, era necessário que se aceitasse o fracasso do envelhecimento e se tirasse o melhor proveito desta fase da vida, onde poucos seres humanos tinham o prazer de chegar. A oportunidade de continuar vivo tornava o idoso um lutador satisfeito, um vencedor.

Na história da República Romana, os papéis políticos mais importantes, à semelhança de outras civilizações, foram conferidos às pessoas idosas. “A mais importante instituição de poder, o Senado, deriva o seu nome do *senex* (idoso) valorizando a experiência destes cidadãos” (Leme, 1997:17). De acordo com Alba (1992, 43-44), o poder dos mais velhos:

se basaba en los valores de una sociedad rural que practicaba el culto a los antepasados - los dioses lares - y que consideraba como máxima virtud la pietas, la lealtad al patriarca, los magistrados, el país. El *pater familias* tenía un poder casi absoluto; podía castigar, vender o matar a los componentes de su familia.

Os intelectuais, na Alta Idade Média, não demonstravam grande interesse pelas questões da velhice. Para eles, o aspecto físico não tinha



qualquer significado. “O verdadeiro velho é o mais sábio, qualquer que seja a sua idade” (Minois, 1999: 172).

Porém, os homens da Igreja medieval conseguiam juntar as duas coisas: a longevidade e a sapiência. A longevidade, porque estavam protegidos da guerra e das epidemias e a cultura, porque, durante séculos, esta foi monopólio da Igreja.

O século VI representa uma viragem na história da velhice. Introduce a ideia de uma fundamental ruptura na vida humana e concorre, assim, para que se tome consciência nas especificidades da velhice. A velhice torna-se sinónimo de cessação de actividade e de ruptura com o mundo profissional. Surge, pela primeira vez, o termo “reforma”, que se caracteriza pela retirada dos velhos patrícios para as suas terras onde terminavam, tranquilamente, a sua vida. Esta retirada era apenas parcial, pois eles continuavam a ter vida social, conservavam a sua actividade como proprietários rurais, mantinham contacto com a família e os amigos.

A partir do século XI, o desenvolvimento urbano oferece aos idosos algumas novas possibilidades. A velhice é para o negociante o apogeu da sua carreira. O sucesso é medido pela riqueza acumulada. O negócio passou a ser uma forma de o mercador, quando envelhece, continuar a ser o dono da sua fortuna que lhe assegura prestígio e autoridade.

Contudo, é nas camadas mais avançadas da sociedade que esta expressão começa a ter mais relevo, no final da Idade Média. É criada, em 1351, por Jean le Bon a ordem da cavalaria de L'Étoile, “casa de retiro para os velhos cavaleiros, onde serão tratados com respeito e cada um deles servido por dois criados: é essa a primeira ideia de um hospital de inválidos para os antigos combatentes” (Minois, 1999:297-298). Neste período, o homem de idade era o homem guerreiro, “aquele que não encontrou a morte nos combates e a quem espera a doença e a usura” (Idem: 168). Os velhos guerreiros constituem um grupo encarregado de ler os sinais do destino. Beowulf, herói anglo-saxónico diz-nos que “a velhice é, pois, uma falsa ambiguidade, porque não se trata de uma escolha; o velho representa ou não a sabedoria; é à força que se torna um homem com experiência, mas como é mais preferível o vigor dos músculos” (Idem: 170). Este falso dilema é

encontrado em outros povos, como nos germânicos. Os antigos germânicos davam valor à velhice, como por exemplo nas assembleias,

os chefes exprimiam-se por ordem de idade, começando pelos mais idosos; muitas vezes, os jovens guerreiros recebiam as suas armas das mãos do pai do chefe; o ritual das precedências colocava a idade mesmo antes da posição de nascimento, glória guerreira e eloquência (Ibidem).

Não obstante, se em tempo de paz os guerreiros ociosos deixavam todas as tarefas domésticas, mais desagradáveis, para as mulheres e para os velhos.

Entre os hérulos, “o velho exigia, mesmo, da família que o matassem, o que era feito com um golpe de espada antes de colocar o corpo sobre a fogueira” (Minois, 1999:171).

Nos séculos XIV e XV, os idosos afirmam-se na pintura e na escultura. O seu aspecto físico era representado, por eles mesmos, tal como eram na vida quotidiana (Alba, 1992). Eram pintados com a carne flácida, engelhada e desdentados. Segundo Minois (1999:311), “a mulher está destinada aos extremos: símbolo de beleza, torna-se depois um símbolo de fealdade e, vista antes como uma fada, passa, depois, a ser uma bruxa.”

Na segunda metade do século XV, Zerbi (1468-1505), professor e clínico, escreve a obra “Gerontocomia”, sobre a velhice considerada a obra literária mais importante a seguir à de Galeno (Beauvoir, 1990). Nesta obra, Zerbi define que os idosos têm dificuldades respiratórias, apresentam dores e dificuldades de micção, queixam-se de dores nas juntas, trazem consigo doenças nos rins, tonturas, caquexia, pruridos por todo o corpo, falta de sono, dificuldades na visão e de audição. Ele orientava os melhores lugares da casa para os idosos, bem como dietas adequadas e, curiosamente, prescrevia leite humano para a melhoria da condição dos idosos. Zerbi (cit. por Leme, 1997: 21) referiu as:

virtudes necessárias aos que quisessem se dedicar à atenção dos idosos, os gerontocomus que deveriam ser: Humanos, conhecedores da medicina, moralizados, experientes, frugais, religiosos, limpos, moderados no comer, com bons hábitos, de boa aparência, sem odores corpóreos ou perspiração excessiva.

Estas características eram necessárias para que os profissionais pudessem servir de exemplo de conduta para o idoso.

No século XVI, assistimos a uma contradição. De um lado, o discurso sobre a velhice e de outro, o papel efectivo representado pelo idoso, na sociedade em geral. “Proclamando a execração dos velhos pela voz dos humanistas, o Renascimento confia-lhes ao mesmo tempo grandes responsabilidades e concede-lhes as maiores honrarias” (Minois, 1999:349).

Desde a Revolução Industrial, até meados do século XX, a velhice estava associada à incapacidade para o trabalho e à pobreza, sendo incluída na categoria dos que necessitavam de apoio das instituições de beneficência. Os idosos das classes sociais, mais favorecidas, eram apoiados na esfera doméstica (Veloso, 2004).

Verificamos assim, que a velhice não era vista como categoria social autónoma nem existia uma intervenção pública dirigida, especificamente, a ela. Estávamos perante aquilo que Guillemard (1980) designava de uma *velhice invisível*.

Ao longo dos tempos, a protecção social na velhice foi evoluindo e esta torna-se uma *velhice identificada*.

Essa evolução aconteceu em França, no início da década de 60 do século XX, com uma política específica, política que foi fundamentada na Gerontologia Social. Como refere Guillemard (1980), sinal de uma nova percepção de velhice é a designação *Terceira Idade*. Nesta mesma época, dá-se nos Estados Unidos da América uma alteração na forma de tratar a velhice, surgindo a expressão *senior citizens* (Guillemard, 2003).

À expressão *Terceira Idade* corresponde então uma nova definição de velhice. Essa expressão surgiu, no dizer de Lenoir (1996), na procura de uma nova identidade para certos idosos. Para o autor, *Terceira Idade* traduz a forma como os idosos das classes médias vivem, e o termo *velhice* refere-se aos idosos das classes baixas e à velhice dos hospícios, estando-lhe também associada uma imagem de senilidade e de degradação física e mental (Idem:80).

A cada uma destas expressões, *velhice* e *terceira idade*, corresponde, histórica e socialmente, uma definição e uma forma de intervir na velhice.

Partindo destas reflexões, é importante referir que o envelhecimento é um processo universal que afecta não só o indivíduo, mas também a sua família, a comunidade onde está inserido e a sociedade em geral.

Perante o envelhecimento demográfico, a sociedade civil tem vindo a organizar-se e a criar condições para poder acolher um número crescente de idosos, sendo, paulatinamente, criadas respostas sociais para apoiar esta população. A grande maioria destas respostas é executada pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social, instituições privadas sem fins lucrativos.

A partir da década de 50/60 do século XX, houve uma tentativa por parte do Estado e da sociedade civil, em melhorar os chamados asilos ou albergues do século XV, denominando-os de Lares de Idosos.

Segundo Jacob (2007:16/17), “em 1974 estavam registados 154 lares não lucrativos e 39 lucrativos, existindo, em 2000, 769 lares sob gestão das IPSS.”

Com a chegada dos anos 60, começa a existir mais preocupação com a ocupação do idoso e, por isso, surgem os primeiros Centros de Dia e Centros de Convívio. Nos anos 80, surgem os Serviços de Apoio ao Domicílio e nos anos 90, o Acolhimento Familiar de Idosos.

Ainda no século XX, nasce uma nova resposta social: as Universidades da Terceira Idade ou Universidades Seniores. A primeira UTI surgiu em Portugal em 1978, em Lisboa. Posteriormente, na segunda metade da década de 80, criaram-se mais cinco universidades: três no Norte e duas em Lisboa. Na década de 90, assiste-se ao aparecimento de um número crescente de Universidades da Terceira Idade e a um aumento de interesse pelas mesmas questões (Velooso, 2004).

Na Conferência Internacional sobre Educação de Adultos, realizada em Hamburgo, em 1997, é realçada a importância do peso demográfico das população mais idosas, sem, no entanto mencionar que se trata de um problema sentido, essencialmente, pelas sociedades desenvolvidas, originando consequências económicas e sociais

Há, actualmente, mais pessoas idosas no mundo em relação ao total da população do que nunca antes, e a proporção continua a aumentar. Estes adultos idosos podem contribuir muito para o desenvolvimento da sociedade. Logo, é importante que tenham oportunidade de aprender em igualdade de condições e de maneira apropriada. As suas capacidades e competências devem ser reconhecidas, valorizadas e aproveitadas (UNESCO, 1998: 22-23).

Em 2002, na II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, foram definidas directrizes para as políticas públicas, que se basearam numa nova

ideia de velhice, construída a partir do conceito de envelhecimento produtivo/activo. Este novo conceito centra-se na inclusão social das pessoas com mais de 60 anos de idade. Desta forma, o Plano de Acção Internacional previa que estas pessoas fossem capacitadas para actuarem, plena e eficazmente, na vida económica, política e social, mediante trabalho voluntário ou remunerado. É um desafio para o futuro, muito complexo e onde estamos a dar os primeiros passos, existindo medidas bastante recentes e cujos resultados, são ainda pouco evidentes (Martinho, 2007).

Este novo conceito representa uma mudança radical na imagem da velhice, que deixa de ser sinónimo de incapacidade (doença) e improdutividade para assumir uma imagem associada à produtividade e à saúde.

## **1.2- Uma visão negativa**

Ao longo dos tempos, a velhice nem sempre foi vista com respeito, havendo momentos, até, de desvalorização do ser humano, enquanto pessoa idosa. Em algumas sociedades primitivas, o respeito pelo velho depende dos recursos da comunidade. De acordo com (Minois, 1999:24), “o homem velho, sem forças, sem fortuna e sem filhos, sente-se à beira do desprezo ou, pior ainda, é encarado como um flagelo”

O problema da ambiguidade da velhice, ao mesmo tempo fonte de sabedoria e de doença, de experiência, prestígio e sofrimento, foi uma temática que apaixonou os antigos. O próprio Ptah-Hotep, filósofo e poeta egípcio (2450 a.C.), exprime situações num relato onde refere:

quão penoso é o fim de ancião! Vai dia a dia enfraquecendo: a visão baixa, seus ouvidos se tornam surdos, o nariz se obstrui e nada mais pode cheirar, a boca se torna silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais se reduzem e torna-se impossível recordar o que foi ontem. Doem-lhe todos os ossos. A ocupação a que outrora se entregara com prazer, só se realiza agora com dificuldade e desaparece o sentido do gosto. A velhice é a pior desgraça que pode acometer um homem (cit. por Beauvoir, 1990:114).

Quanto a Roma, torna-se importante ter em atenção o facto de que, embora tenha absorvido a maior parte da cultura civilizacional grega, no que

diz respeito à velhice, tem uma opinião diferente, pois, na Grécia antiga, a velhice era considerada uma condição negativa. A mitologia grega valorizava a eterna juventude, etapa de felicidade suprema. Os idosos deixaram de ter valor, salvo os da aristocracia, que continuavam a fazer o papel de conselheiros. A prova disso está, por exemplo, em Platão que afirmava que a maior parte de nós se lamenta com saudades dos prazeres da juventude (Minois, 1999).

Aristóteles, afirmava, muitas vezes, que, em seu entender, a experiência acumulada, ao longo dos anos, pelos idosos, pode muito bem ser o acumular de falhas, frustrações e erros. Para o filósofo “a saúde física e a plena posse dos meios físicos são indispensáveis para a prática da sabedoria. Por isso, o homem alcança o máximo das suas responsabilidades, por volta dos 50 anos e, depois, começa a declinar (cit. por Minois, 1999:80).

Beauvoir (1990: 123) descreve-nos algumas percepções da velhice, citando personagens importantes. Minervo (630 a.c) valorizava a juventude e detestava a velhice e, por norma, referia: “Que vida? Qual o prazer sem Afrodite de ouro?” Por sua vez, Anacreonte era de opinião que: “envelhecer é perder tudo o que constitui a doçura da vida”. Titon dizia que “prefiro morrer a envelhecer.”

Aristóteles acreditava que uma boa velhice era aquela em que o ser humano não tinha enfermidades. A sua visão do idoso era deprimente, considerando-os excitantes, lentos, possuidores de mau carácter. Para o filósofo, o ser humano só progredia até aos 50 anos, e, por isso, os idosos eram pessoas diminuídas que não mereciam confiança e deveriam ser afastados do poder.

Para Hipócrates, a velhice também começa depois dos 50 anos e apresenta-se como um desequilíbrio de humores. Para ele, o idoso tem características clínicas, diferentes dos jovens. A temperatura do corpo não costuma ser alta, os processos de enfermidades tendem a ser crónicos e os hábitos intestinais modificam-se. Destaca ainda os distúrbios respiratórios, a disúria, as doenças renais, as artralguas, as vertigens, o acidente vascular cerebral, a perda de peso, a catarata, a hipuacusia (Leme, 1997).

A partir destas considerações, Hipócrates determina normas assistenciais, sobretudo, a higiene corporal; recomenda actividade física e

mental, assinala preceitos dietéticos, dizendo que “os velhos suportam melhor a abstinência, o pouco sustento lhes basta” (Idem:17). Os conselhos de Hipócrates revelam-se ainda bastante actuais, fazendo parte das recomendações dos gerontólogos.

Na Idade Média, sobretudo na sociedade bárbara, permanece a vigência da lei do mais forte, física e mentalmente. O homem para ser respeitado tinha que morrer em combate. Como tal, a idade significava perda de valor.

O termo velhice era utilizado no domínio moral sob uma forma alegórica: “a decrepitude, com os seus infortúnios, fornece-lhes uma excelente imagem do pecado. O homem de idade é um pecador que deve se regenerar pela penitência; ao contrário, a juventude é a frescura do homem novo, salvo por Cristo” (Minois, 1999:149).

O problema do envelhecimento era sentido como inquietante e explicado por causas, meramente naturais, procurando-se formas para o retardar, tais como a alimentação, beber bom vinho, tomar banho, praticar exercício físico, entre outros, uma vez que isto era fundamental para uma maior longevidade.

No sentido de encontrar formas de maior longevidade, retrata-se a importância que, nesta época, se dava à Alquimia, à feitiçaria e ao estudo das fontes de juventude com o fundamento de encontrar o “elixir de larga vida” (Alba, 1992:56).

Ao longo do século XVI, há um violento ataque à velhice, devido ao culto da beleza, à força e à juventude, relegando, por isso, os velhos a um lugar subalterno.

No século seguinte, regista-se, um aumento da esperança de vida para as mulheres. Segundo Alba (1992:61), “por las estadísticas que se ha logrado recopilar a base de los registros parroquiales, parece que nacían más varones que hembras, pero que, como ahora, había más viudas que viudos.”

Os séculos XVII e XVIII trazem inovação em vários campos, mas não conseguem ultrapassar o pensamento ambivalente, em relação à velhice. Todavia, durante estas centúrias, começa a observar-se um aumento do número de pessoas com mais de 35 anos o que, para a época, já existia uma população idosa, significativa.

Com o advir do século XIX e com o *boom* da revolução industrial, o paradigma da velhice volta a ser posto em causa, uma vez que, quem perde a

capacidade de trabalhar, não é rentável à sociedade, logo é dispensável (Lopes, 2000). Por outras palavras, neste século, era-se considerado velho à medida em que as suas forças iam diminuindo.

Nesta sociedade do Estado liberal, os velhos que estivessem, sem meios de subsistência ou com poucas reformas, eram classificados como pobres e incapazes de prover o seu sustento (Lopes, 1994).

No início do século XX, a visão do mundo sobre os idosos não se tinha alterado. Porém, paulatinamente, os Estados foram-se apercebendo da importância desta população e procuraram, de alguma forma, mudar a sua política no sentido de a englobar, de uma forma positiva, na sociedade. Até porque o exponencial aumento de idosos se tornou um verdadeiro desafio para o século XXI.

## **2. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PORTUGAL**

A partir da segunda metade do século XX, despontou mais um fenómeno nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico, que se traduz num aumento preocupante do número de pessoas idosas e uma redução das pessoas jovens (Fernandes, 1997).

Ora, o que tem acontecido é que o índice demográfico da esperança de vida<sup>1</sup> demonstrou que houve um aumento da probabilidade de se viver mais tempo, coisa rara noutros tempos. Os números revelam que a diminuição da mortalidade das pessoas, antes de atingirem a idade adulta, foi um factor decisivo para o aumento da expectativa de vida, ao longo do século XX.

Com o envelhecimento demográfico assistimos

à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da pirâmide de idades, com a redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos (INE, 2002).

Analisando o quadro 1 (na página seguinte), podemos concluir que, entre o 1º recenseamento geral da população, datado de 1 de Janeiro de 1864,

---

<sup>1</sup> A esperança de vida é, como sabemos, um índice estatístico calculado a partir de um número médio de anos que um indivíduo com a idade X esperaria viver a partir daí (INE).



e o 14º, a 12 de Março de 2001, a população Portuguesa duplicou, passando de 4268995 para 10356117 habitantes.

Podemos ainda constatar que, nas duas décadas, entre 1981 e 2001, o saldo natural<sup>2</sup> da população sofreu uma diminuição, situação que se deve ao decréscimo da taxa de natalidade e ao agravamento da mortalidade infantil.

**Quadro 1** – População Residente e taxas médias de crescimento anual (%), em Portugal entre 1864-2001.

| Anos                      | População residente |           |           | Taxas médias de crescimento anual (%) |
|---------------------------|---------------------|-----------|-----------|---------------------------------------|
|                           | HM                  | H         | M         |                                       |
| 1 de Janeiro de 1864      | 4 286 995           | 2 074 197 | 2 212 798 | 0,66                                  |
| 1 de Janeiro de 1878      | 4 698 984           | 2 280 828 | 2 418 156 | 0,69                                  |
| 1 de Dezembro de 1890     | 5 102 891           |           |           | 0,65                                  |
| 1 de Dezembro de 1900     | 5 446 760           |           |           | 0,88                                  |
| 1 de Dezembro de 1911     | 5 999 146           |           |           | 0,15                                  |
| 1 de Dezembro de 1920     | 6 080 135           |           |           | 1,13                                  |
| 1 de Dezembro de 1930 (*) | 6 802 429           |           |           | 1,31                                  |
| 12 de Dezembro de 1940    | 7 755 423           | 3 734 348 | 4 021 075 | 0,93                                  |
| 15 de Dezembro de 1950    | 8 510 240           | 4 120 184 | 4 390 056 | 0,44                                  |
| 15 de Dezembro de 1960    | 8 889 392           | 4 254 416 | 4 634 976 | -0,32                                 |
| 15 de Dezembro de 1970    | 8 611 125           | 4 089 165 | 4 521 960 | 1,3                                   |
| 16 de Março de 1981       | 9 833 014           | 4 737 715 | 5 095 299 | 0,03                                  |
| 15 de Abril de 1991       | 9 867 147           | 4 756 775 | 5 110 372 | 0,49                                  |
| 12 de Março de 2001       | 10 356 117          | 5 000 141 | 5 355 976 |                                       |

Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População

Em Portugal, de um modo semelhante ao que acontece no resto da União Europeia, tem-se verificado um aumento progressivo da população com idade igual ou superior a 65 anos, “nomeadamente, entre 1960 e 2001. O fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se num aumento de 140% da população idosa” (Fonseca, 2004:7). É importante referir, que no contexto Europeu, Portugal era, em 1970, um dos países mais jovens da Europa, ainda que com profundas diferenças regionais (Nazareth, 1979).

<sup>2</sup> Diferença entre o número de nados vivos, ocorrido num determinado ano e o número de óbitos ocorridos no mesmo ano.

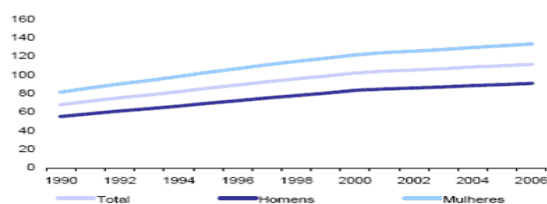
**Quadro 2** – Distribuição da população residente, segundo o sexo e por idades

|                       | Censos 1991 |       |       | Censos 2001 |       |       |
|-----------------------|-------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
|                       | HM          | H     | M     | HM          | H     | M     |
| <b>0-14</b>           | 19,99       | 21,20 | 18,86 | 16,00       | 16,95 | 15,11 |
| <b>15-24</b>          | 16,33       | 17,13 | 15,58 | 14,29       | 15,03 | 13,59 |
| <b>25-44</b>          | 27,53       | 27,96 | 27,14 | 29,70       | 30,50 | 28,95 |
| <b>45-64</b>          | 22,54       | 21,98 | 23,06 | 23,67       | 23,36 | 23,96 |
| <b>15-64</b>          | 66,40       | 67,07 | 65,78 | 67,65       | 68,89 | 66,50 |
| <b>65 e +</b>         | 13,61       | 11,72 | 15,36 | 16,35       | 14,16 | 18,40 |
| <b>75 e +/ 65 e +</b> | 39,32       | 35,22 | 42,23 | 41,42       | 37,75 | 44,05 |
| <b>80 e +/65 e +</b>  | 19,13       | 15,52 | 21,69 | 20,86       | 17,50 | 23,28 |
| <b>85 e +/65 e +</b>  | 6,80        | 4,80  | 8,22  | 8,95        | 6,77  | 10,52 |
| <b>100 +/65 e +</b>   | 0,06        | 0,03  | 0,03  | 0,03        | 0,01  | 0,05  |

Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1991 e 2001

Depois da análise do quadro 2, verificamos a existência de um novo perfil de pessoas, residentes em Portugal, ou seja, o número de população em 1991, com menos de 15 anos (19,9%), diminuiu bastante em 2001, passando para 16%, enquanto que o número de pessoas idosas aumentou, sendo de 13,61% em 1991 e de 16,35, em 2001, tornando-se, pela primeira vez, mais elevada que a do jovens. Comparando a população idosa com a população jovem, a que mais aumenta é a idosa, compreendida entre os 75 e +/ 65 e + e ainda 80 e +/65 e +.

**Gráfico 1** – Índice de envelhecimento, Portugal, 1990-2006

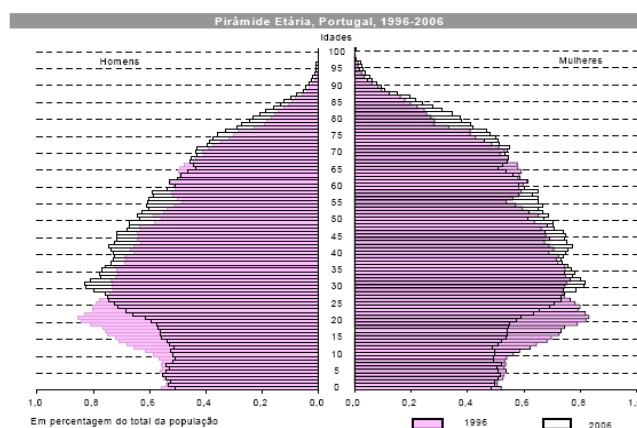


Fonte: INE, Estimativas da população residentes, 1990-2006

Esta evolução expressa-se no índice de envelhecimento<sup>3</sup> que passou de 68 idosos para cada 100 jovens, em 1990, para 102, em 2001 e para 112, em 2006.

Também aqui se constata um número mais elevado de mulheres, o que confirma, assim, a sua elevada esperança de vida.

**Figura 1** – Pirâmide Etária da População Residente, 1996-2006



**Fonte:** INE

Nesta década, tal como já acontecia em 1991, a pirâmide de idades, revela uma estrutura envelhecida na base e no topo, ainda que as “assimetrias do envelhecimento demográfico (...) variem segundo um eixo Norte/Sul em termos de envelhecimento na base e de um eixo Litoral/Interior em termos de envelhecimento no topo” (Rosa, 1992:22). Esta “involução demográfica” como lhe chama Fernandes (2001), enquadra-se na tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e, a seu tempo, da população mundial. Este processo revelou uma verdadeira revolução demográfica com efeitos no equilíbrio proporcional dos grupos etários, originando um desequilíbrio considerável entre as gerações.

Entre os anos de 2002 e 2005, fenómenos demográficos, tais como baixa natalidade, o aumento da esperança de vida e os fluxos migratórios, continuam a ser responsáveis por um acréscimo populacional.

<sup>3</sup> Relação que existe entre o número de idosos e o de jovens, definido habitualmente como a relação entre a população com idade igual ou superior a 65 anos e a população entre os 0-14 anos.

Em 2005 assistimos a um aumento de 40337 indivíduos, relativamente ao ano anterior. Este acréscimo de 0,38% significa um abrandamento no crescimento, já reduzido da população, inferior a 0,52% ocorrido em 2004.

Em 31 de Dezembro de 2006, a população residente em Portugal foi estimada em 10599095 indivíduos, dos quais 5129937 homens e 5469158 mulheres. O acréscimo da população foi de 29503 indivíduos, relativamente a 2005, o que reflecte uma taxa de variação de 0,28%, valor inferior ao de 2005 (0,38%), traduzindo, assim, um abrandamento no crescimento da população (INE, 2006).

Uma análise ao nível de NUTSII evidencia que, acima da média nacional, se encontra o Alentejo, com 172 idosos para cada 100 jovens, seguido do Centro, com 142, o Algarve com 125 e o Norte com 93.

A análise destas figuras reflecte a existência de uma variação da estrutura por idades, que pode ser resumida em duas grandes perspectivas, quando se pretende analisar o problema do envelhecimento demográfico, na base e no topo.

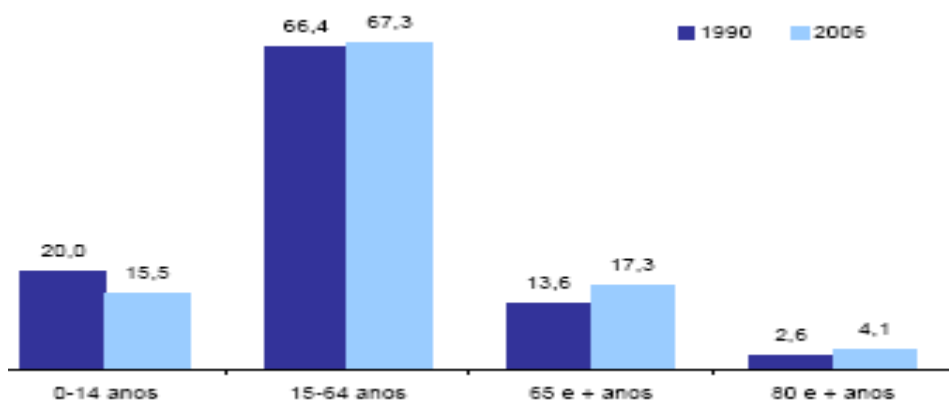
Nazareth (1993:6) é de opinião que

o envelhecimento na base ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida. O envelhecimento no topo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta fazendo assim com que a parte superior da pirâmide de idades começa a empolar, em vez de se alongar.

É evidente que estes dois tipos de envelhecimento demográfico estão ligados entre si, “é um processo simultâneo de duplo envelhecimento, na base e no topo” (Fernandes, 1997:31).

Em suma, e de acordo com Fernandes (2001), as sociedades tradicionais e as sociedades modernas representam “tipos ideais” contrapostos, isto é, os elevados níveis de mortalidade e natalidade e estruturas demográficas jovens, opõem-se, hoje, a baixos níveis de mortalidade e natalidade e estruturas demográficas envelhecidas.

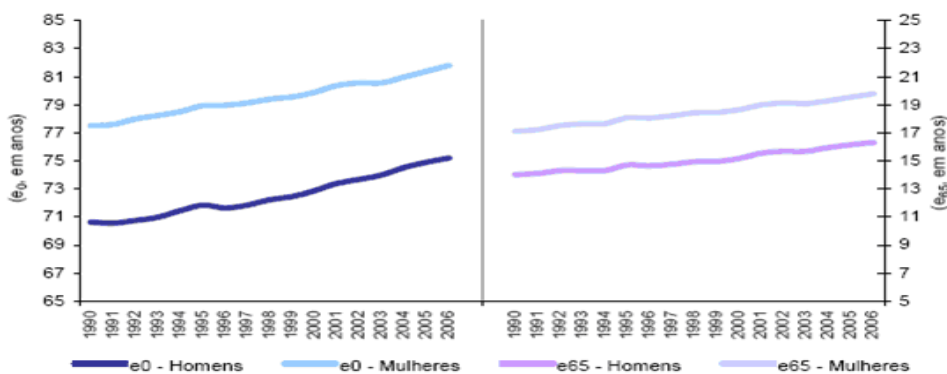
**Gráfico 2 – População por ciclos de vida (%) em Portugal (1990/2006)**



**Fonte:** INE, Estimativas da população residente, 1990-2006

Em 2006, a população idosa representava 17,3% da população total, face a 15,5% de população jovem (0-14 anos) e 67,3% de população em idade activa (15-64 anos). A população com 80 e mais anos de idade representava 4,1% da população total. Essas proporções eram, respectivamente, de 13,6%, 20,0%, 66,4% e 2,6%, em 1990. Assim, verificou-se um aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem, traduzindo taxas de variação de 34,8%, no caso da população idosa (65 e mais anos) e de 66,8% na população mais idosa (80 e mais anos) e uma taxa de variação negativa de 17,8%, no caso da população jovem (0-14 anos).

**Gráfico 3 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990-2006**



**Fonte:** INE

Analisando o gráfico 3, verificamos que, desde 1990, a esperança média de vida, da população portuguesa era, à nascença, de cerca de 74,1 anos (70,6 anos no caso dos homens e 77,6 no caso das mulheres), valor que subiu para 78,5 anos em 2006 (75,2 anos para os homens e 81,8 anos para as mulheres). No mesmo período, a esperança de vida, aos 65 anos, passou de 15,7 anos (14,0 anos para os homens e 17,1 anos para as mulheres) para 18,2 anos (16,3 para os homens e 19,8 anos para as mulheres). Depois desta análise, verificamos que morrem mais homens do que mulheres, o que nos leva a concluir a existência de mais mulheres idosas do que homens e daí, mais viúvas do que viúvos. Tudo isto porque “o ritmo com que os homens envelhecem diminui com o tempo, enquanto que as mulheres envelhecem a um ritmo mais lento entre os 45 e 60 anos do que entre os 70 e os 80 anos” (Spirduso, 2005:7).

Podemos ainda concluir que o sexo feminino vive mais anos, porém acompanhados por um maior número de incapacidades. Quando comparados com o outro sexo (Firmino, 2006), assistimos a uma sobremortalidade masculina<sup>4</sup>.

Durante muito tempo, pensou-se que a explosão demográfica era uma consequência directa do aumento da esperança de vida, isto é, existiam mais idosos pela simples razão de que cada vez morriam mais tarde.

Nazareth (1996:136) discorda desta teoria, e opina que os principais factores responsáveis por este fenómeno são:

- Declínio da natalidade;
- Revolução médica, isto é, progresso de técnicas, tais como, vacina, anti-sépticos e antibióticos;
- Técnicas contraceptivas. Estas surgiram antes de 1960, na altura em que se colocou o problema do grande aumento da população;
- As migrações;
- Aumento da esperança de vida;
- Desenvolvimento das Ciências Humanas;

---

<sup>4</sup> Termo utilizado para qualificar o excesso de mortalidade masculina em relação à feminina.

Segundo as projecções do INE, para 2050, constatamos que existem três cenários possíveis: cenário baixo, cenário de base e cenário elevado.

**Quadro 3 – Projecções da População Residente (2010-2050)**

|                        | 2010            | 2015            | 2020            | 2025            | 2030            | 2035            | 2040            | 2045            | 2050            |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Cenário baixo</b>   | <b>10,235.2</b> | <b>10,148.4</b> | <b>9,977.6</b>  | <b>9,735.3</b>  | <b>9,448.9</b>  | <b>9,137.4</b>  | <b>8,795.2</b>  | <b>8,403.6</b>  | <b>7,487.6</b>  |
| 0-14                   | 1,582.1         | 1,506.3         | 1,367.0         | 1,191.3         | 1,043.2         | 940.2           | 875.6           | 820.0           | 688.8           |
| 15-24                  | 1,252.1         | 1,101.5         | 1,060.9         | 1,045.3         | 969.1           | 847.7           | 732.2           | 647.1           | 565.5           |
| 25-64                  | 5,628.0         | 5,682.1         | 5,577.8         | 5,403.8         | 5,201.7         | 4,952.7         | 4,659.7         | 4,264.8         | 3,495.2         |
| 65+                    | 1,773.0         | 1,858.5         | 1,972.0         | 2,094.9         | 2,234.9         | 2,396.9         | 2,527.7         | 2,671.7         | 2,738.1         |
| <b>Cenário base</b>    | <b>10,561.8</b> | <b>10,626.1</b> | <b>10,586.7</b> | <b>10,489.2</b> | <b>10,355.8</b> | <b>10,206.3</b> | <b>10,037.8</b> | <b>9,831.4</b>  | <b>9,302.5</b>  |
| 0-14                   | 1,654.3         | 1,636.5         | 1,569.1         | 1,458.7         | 1,362.1         | 1,299.4         | 1,275.5         | 1,265.8         | 1,218.5         |
| 15-24                  | 1,321.3         | 1,166.6         | 1,120.2         | 1,129.0         | 1,100.5         | 1,028.3         | 952.8           | 895.0           | 867.1           |
| 25-64                  | 5,803.6         | 5,944.6         | 5,894.9         | 5,765.0         | 5,602.6         | 5,406.1         | 5,178.5         | 4,860.7         | 4,256.9         |
| 65+                    | 1,782.6         | 1,878.5         | 2,002.5         | 2,136.4         | 2,290.6         | 2,472.4         | 2,630.9         | 2,809.9         | 2,960.0         |
| <b>Cenário elevado</b> | <b>10,583.1</b> | <b>10,697.3</b> | <b>10,712.6</b> | <b>10,671.7</b> | <b>10,599.8</b> | <b>10,523.7</b> | <b>10,443.9</b> | <b>10,341.1</b> | <b>10,045.1</b> |
| 0-14                   | 1,675.6         | 1,707.6         | 1,694.9         | 1,620.1         | 1,535.2         | 1,491.6         | 1,500.2         | 1,533.2         | 1,558.9         |
| 15-24                  | 1,321.3         | 1,166.6         | 1,120.2         | 1,150.2         | 1,171.4         | 1,132.6         | 1,064.0         | 1,013.0         | 1,029.7         |
| 25-64                  | 5,803.6         | 5,944.6         | 5,894.9         | 5,765.0         | 5,602.6         | 5,427.2         | 5,248.8         | 4,984.9         | 4,496.6         |

**Fonte:** INE – Projecções da População Residente. 2000-2050

Ao analisarmos o quadro 3, assistimos, nos três cenários, a um aumento significativo no grupo de 65 anos ou mais, em cada cinco anos. Nos restantes grupos, verificamos uma diminuição da população residente, acentuando assim o envelhecimento demográfico.

De acordo com os resultados do cenário base, onde se considera

a possibilidade de recuperação do índice sintético de fecundidade para valores que venham a situar-se, em média, em 1,7 crianças por mulher; um aumento da esperança de vida para valores próximos dos 79 anos para os homens e dos 85 anos para as mulheres; e, fluxos migratórios positivos e moderados, poderá ocorrer um decréscimo populacional a partir de 2010 e até 2050, a

par de um continuado envelhecimento populacional a partir de 2010 e até 2050, a par de um continuado envelhecimento populacional, com um (...) índice de envelhecimento para 242 idosos por cada 100 jovens (INE, 2006).

Tendo em conta este cenário, concluímos que as mudanças, no campo da natalidade, se reflectem no crescimento e estrutura da população, quer através do número de crianças nascidas em cada ano, quer no número de filhos que aquelas venham a ter, no futuro. A longevidade também é um elemento importante a considerar.

Paralelamente ao aumento da esperança de vida, assistimos em toda a Europa a uma queda progressiva da taxa de natalidade. Este processo designado **transição demográfica** inverte a pirâmide populacional, provocando o denominado envelhecimento.

No caso concreto de Portugal, as implicações do envelhecimento devem ser analisadas tendo em conta duas dimensões: a da base da pirâmide que tem consequências a longo prazo “nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho”; e ainda a do envelhecimento no topo que se vai fazer sentir, a curto prazo, “dependendo do grau da maior ou menor longevidade da população”. Estas alterações na estrutura etária têm repercussões sociais que não podemos ignorar.

O envelhecimento da população idosa obriga-nos a uma reflexão sobre questões como a sustentabilidade do sistema de Segurança Social e de Saúde, a qualidade de Vida, os meios de subsistência e o estatuto do idoso na sociedade, entre outras.

Esta nova realidade deve levar a repensar o papel dos Técnicos Sociais, porque as pessoas que vivem mais anos podem fazê-lo com mais qualidade, sendo-lhes criadas oportunidades em diversos domínios, como novas actividades económicas e novas profissões.

Com a indiscutível dimensão quantitativa do envelhecimento demográfico, existe uma relação de causa e efeito entre o envelhecimento da população e as disfunções sociais que se adivinham, pois os idosos impõem um grande peso à sociedade.

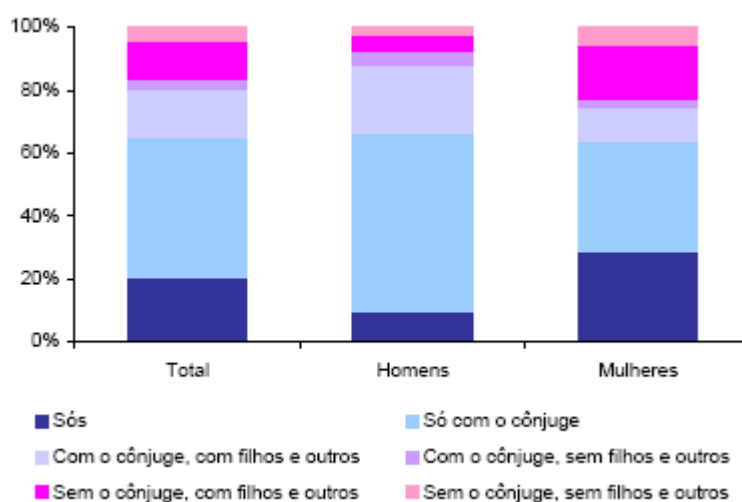
Este peso identifica-se, em termos económicos, nos direitos sociais com que as sociedades contemporâneas, nomeadamente a portuguesa, os



contemplam e que se traduzem em prestações financeiras traduzidas em pensões de reforma.

No entanto, não nos devemos esquecer que o envelhecimento da estrutura etária, além de aumentar e alongar o número de indivíduos na 3ª fase (pós - activa), também encurta o período de vida activa, “fruto do alongamento dos limites do período de escolaridade e da precocidade na entrada na fase pós – activa” (Rosa, 1986: 1189). As capacidades (intelectuais e físicas) de um indivíduo com 65 anos são hoje diferentes das de um indivíduo com a mesma idade há trinta anos (Rosa, 1986).

**Gráfico 4** – Indivíduos com 65 e mais anos, por tipologia de agregado, Portugal, 2006



**Fonte:** INE, Inquérito ao Emprego, 2006

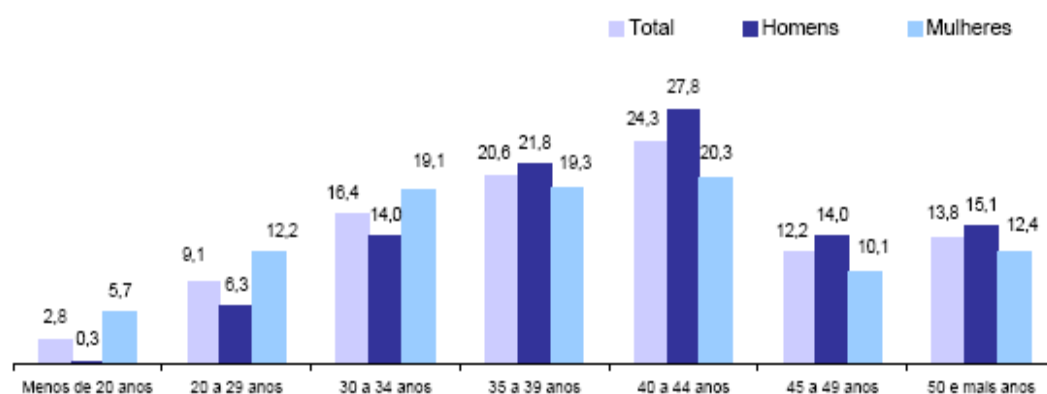
De acordo com o gráfico 4, podemos afirmar que a maioria dos idosos (62,8%) vive com o cônjuge, 20,7% vivem sós e ainda 16,5% vivem com os cônjuges e outros familiares. Tendo em conta o sexo, verificou-se que, em 2006, os homens idosos vivem, maioritariamente, em casa (82,9%) e, apenas 48,4% das mulheres com a mesma idade viviam com os cônjuges.

É importante ainda assinalar a diferença que existe entre os homens e as mulheres a viver sós. Constata-se que são, sobretudo, as mulheres (28,8%) a viverem sós. Os homens rondam os 9,4%.

Tendo em conta os dados obtidos no inquérito de emprego de 2006, “Transição da vida profissional para a reforma”, (gráfico 5) em indivíduos, entre os 50 e 69 anos, quase um quarto (24,3%) trabalhou, entre os 40 e os 44 anos,

por conta de outrem ou por conta própria e cerca de 20,6% trabalhou entre os 35 e os 39 anos. As mulheres, quando comparadas com os homens, apresentam percentagens mais elevadas nas classes até aos 30-34 anos de trabalho, o que nos leva a verificar que os homens, comparativamente às mulheres, destacam-se nas classes entre os 40 e 50 anos e mais. É ainda importante referir que a razão apontada para esta transição, pela maioria das pessoas, foi o facto de terem atingido a idade da reforma obrigatória. As diferenças entre homens e mulheres não são significativas, embora as mulheres apontem, mais frequentemente, o facto de terem atingido a idade para a reforma ou, ainda, a doença ou invalidez. O homem, por sua vez, refere mais as condições favoráveis a nível financeiro.

**Gráfico 5** – indivíduos dos 50-69 anos, por sexo, segundo o nº. de anos de trabalho



**Fonte:** INE, inquérito ao emprego, 2º trimestre de 2006

Da população empregada com direito a pensão ou a receber pensão, 62,2% declararam, como razão para continuar a trabalhar, a necessidade de ter um rendimento extra, 14,6% a necessidade de aumentar o montante das prestações da pensão e 22,7% declararam que a decisão não tinha a ver com aspectos financeiros (INE, Módulo AD-HOC “Transição da vida profissional para a reforma, 2006).

Tendo em conta este contexto, o envelhecimento demográfico pode ter consequências indesejáveis para a economia nacional, e ser motivador de mau estar social, conduzindo mesmo, a possíveis conflitos entre gerações, na

medida em que o aumento das despesas sociais para financiar as pensões de velhice têm que ser suportadas pelas gerações mais novas. Com o envelhecimento da população portuguesa, este equilíbrio é posto em causa.

No contexto da Estratégia Europeia para o Emprego (EEE), a promoção do envelhecimento activo<sup>5</sup> constitui uma das linhas orientadoras para a política de emprego dos Estados-Membros, os quais se comprometeram, até 2010, cumprir as seguintes metas: elevar para 50% a taxa média de emprego de homens e mulheres com 55-64 anos; aumentar gradualmente, em cerca de 5 anos, a idade média efectiva com a qual as pessoas deixam de trabalhar.

Na origem destes objectivos, está a necessidade de reduzir os efeitos económicos e sociais das actuais tendências demográficas nos sistemas de segurança social e nos mercados de trabalho nacionais, quer no que se refere ao desequilíbrio entre activos (contribuintes) e inactivos (pensionistas) quer no que diz respeito ao envelhecimento da população activa (Pestana, 2003).

### 3. REPRESENTAÇÕES DA VELHICE

A prevalência do envelhecimento difere, dentro da mesma sociedade, ao longo do tempo histórico, entre os países industrializados e em vias de desenvolvimento e ainda entre indivíduos e grupos de uma mesma sociedade.

Segundo Paul (1997: 10), “o envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo permanece desconhecido”. A esperança de vida das espécies é determinada geneticamente. O *Homo Sapiens* é aquele que tem a maior esperança de vida das espécies, nomeadamente, das espécies mais próximas, os primatas não humanos. É, pois, um processo complexo com ritmos e diferenças significativas, desde o nascimento até à morte. A vida desenvolve-se em sucessivas etapas, onde é manifesta a acção do tempo sobre o indivíduo (Rodrigues, 1979).

Envelhecer faz parte do percurso natural da vida humana. “É muito difícil defini-lo, mas, fácil reconhecê-lo. É uma fase da vida, por isso não pode ser

---

<sup>5</sup> o envelhecimento activo refere-se “ao conjunto de esforços que visam prolongar no tempo a participação económica dos indivíduos ou, por outras palavras, que pretendem adiar a sua passagem para a inactividade ou o fim das suas vidas profissionais” (Pestana, 2003).

evitado” (Quintela, 1995: 21). O envelhecimento começa com a concepção do ser, desenvolve-se durante toda a vida e atinge o seu limite na morte (Muñoz, 2002: 19)

É importante salientar que, embora seja uma fase previsível da vida, o processo de envelhecimento não é, geneticamente, programado. Não existem genes que determinam como e quando envelhecer. Há, sim, genes variantes cuja expressão favorece a longevidade ou reduz a duração da vida (Harman, 1992:260).

O acto de envelhecer difere muito de pessoa para pessoa e é influenciado por factores intrínsecos à própria pessoa, tais como a hereditariedade, o sexo e factores inerentes ao meio, como hábitos alimentares e de higiene. O organismo humano tem um período de crescimento rápido e estabilidade relativa, como todo o ser vivo e vai perdendo eficiência biológica à medida em que passa o tempo (Fernández-Ballesteros, 2000).

De acordo com Fernandez-Ballesteros (2000), para melhor se definir a velhice, devemos ter em conta a distinção entre idades, para ultrapassar a existência de uma idade psicológica, biológica e social. Para a autora, ambas as teorias estão carregadas de estereótipos, por exemplo, no que se refere à idade psicológica, “um estereótipo muito comum é aquele que distingue o idoso do jovem pela rigidez da sua personalidade” (Idem: 40), esta é “definida como a relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como a percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do individuo (Netto, 2006:9).

Ao falar de idade psicológica, Fonseca (2004:26) refere que é importante introduzir o conceito de idade funcional, que parte

do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio, quer entre a estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios.

No entanto, e segundo Netto (2006: 9), é importante assinalar o conceito de idade funcional, pois “este possui uma estreita ligação com a idade

biológica, e (...) pode ser definida como grau de conservação do nível de capacidade adaptativa, em comparação com a idade cronológica”.

Podemos medir a idade biológica pelo fim da vida dos processos orgânicos, que vão perdendo as capacidades adaptativa e de auto-regulação e pelas capacidades funcionais ou vitais (Paul, 1997).

A idade social “refere-se aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento” (Ibidem). Desta forma, as experiências de envelhecimento podem variar num tempo histórico de uma sociedade, dependendo da sua capacidade económica. Ou seja, a política de desenvolvimento de uma sociedade industrializada tem mais interesse em investir nos mais jovens, pois estes podem dar-lhes um retorno ao nível económico. Contudo, as sociedades nas quais os jovens sempre conviveram com os mais velhos, “estão mais dispostas a compreender, conviver e promover a velhice” (Netto, 2006:9).

Como nos afirma Fontaine, (2000: 15) “os efeitos do envelhecimento (...) não são homogéneos (...) as pessoas idosas são muito diferentes (...).

Ao estudar o envelhecimento, autores, como Birren & Cunningham (1985) e Paúl (1997) diferenciam-no em três tipos: envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é aquele onde não há doenças. O aspecto mais afectado seria a velocidade perceptiva. O envelhecimento secundário, refere-se a um envelhecimento relacionado com a doença, que além da velocidade perceptiva, implica a redução da capacidade indutiva, o raciocínio. O envelhecimento terciário, diz respeito ao período mais próximo da morte, onde também a capacidade de processamento da informação seria afectada.

O entretenimento e o cuidado com o corpo podem fazer com que as pessoas de mais idade estejam melhor fisicamente e tenham uma saúde bem melhor do que os mais jovens (Fernández-Ballesteros, 2000). Até porque, como referimos anteriormente, a condição física do envelhecimento depende da interacção de vários factores, como condições psicológicas, estilos de vida, constituição genética e elementos do meio em que se vive. (Matsudo;1997:23)

Segundo Stuart-Hamilton, (2002: 17), envelhecer “é principalmente uma experiência das mulheres”, sobretudo a partir dos 80 anos. As mulheres vivem,

em média, entre cinco e oito anos mais que os homens. É importante salientar que até ao grupo etário de 40 anos de idade, há menos mulheres do que homens, situação que se altera a partir daí. Assiste-se a uma proporção igual de homens e mulheres entre os 40 e os 59 anos e a uma diminuição proporcional dos homens a partir desta idade, até atingir a proporção de mais de duas mulheres por cada homem, no grupo dos 80 e mais anos (União Europeia - O Conselho, 1997). Foram sugeridas muitas razões para a morte precoce dos homens. Uma concepção popular atribui a morte dos homens à vida mais cansativa. O estilo de vida também parece ser responsável por este facto. Os homens tendem a ter consumos mais elevados de tabaco e de álcool, o que pode reduzir a expectativa de vida em uma década (Stuart- Hamilton, 2002). As diferenças, no envelhecimento, podem ainda ser atribuídas a causas genéticas, sociais e ambientais.

Ao nível genético, uma das razões que leva as mulheres a viverem mais anos do que os homens, é

porque elas possuem dois pares de genes determinantes femininos ligados ao cromossoma X. Se um homem tiver um gene ligado ao cromossoma X para uma doença do gene recessivo, como distrofia muscular, ele desenvolverá a doença porque o gene está no único cromossoma X que possui. Contudo, se uma mulher tiver um gene recessivo ligado ao cromossoma X, teoricamente ela poderia funcionar com o outro cromossoma X que pode estar livre do gene causador da doença ligado ao cromossoma X (Spirduso, 2005:15).

Uma outra explicação, para a maior longevidade das mulheres, tem a ver com questões hormonais. Entre os 50-60 anos, as mulheres morrem menos de doenças cardíacas, visto terem estrogénio, que é o responsável por as proteger das doenças cardíacas, “diminuindo os níveis de lipoproteínas de baixa densidade (LDLs) e aumentando os níveis de lipoproteínas de baixa densidade (HDLs), que protegem contra o desenvolvimento da aterosclerose” (Idem: 16). Ao contrário, no homem, os androgêneos diminuem os HDLs e aumentam os LDLs responsáveis pela arteriosclerose. No entanto, a mulher após a menopausa, fica em desvantagem, em relação ao homem.

Ao nível social, podemos apontar outra explicação para este fenómeno. As mulheres têm mais contacto com o Sistema Nacional de Saúde, fazem exames anualmente e, quando aparece um sintoma de doença, correm para o médico. Estas são mais sociáveis, apoiando-se nas amigas em situações de doença.

Ironicamente, as mulheres vivem mais anos, usam mais o Sistema Nacional de Saúde, mas têm “mais doenças agudas e condições crónicas não fatais” (Idem: 17).

Todavia, outras condições como as físicas, funcionais, mentais e de saúde podem influenciar, directamente, na determinação de quem seja idoso (Morin, 2000).

Para Oliveira, (2005:10), velho é aquele que já atingiu os 65 anos. Contudo, com a evolução da medicina e de outros factores, poderia considerar-se, nos países desenvolvidos, os 70 ou 75 anos como transição para a velhice.

Ariés (1981), após ter estudado alguns textos da Idade Média, definiu sete fases de vida: a infância, a puerícia, a adolescência, a juventude, a senectude e a velhice. Por exemplo, a adolescência começaria aos 15 anos e duraria até aos 35 anos. A juventude duraria até aos 45/50 anos. A partir daqui, iniciava-se a senectude, onde a pessoa não era considerada mais jovem, mas também não poderia ser considerada velha. A velhice só começava, após os 70 anos.

No século XVI, as etapas de vida, ao contrário de privilegiar a função social, aparecem-nos presentes na hierarquia familiar.

Contudo, a exactidão dos registos de nascimento só se generalizou, a partir do século XVIII. Até aqui, só as classes sociais, mais altas, é que se preocupavam com a idade. Apesar da diferenciação das várias fases de vida, estas não eram delimitadas pelo critério idade, nem pelas características biológicas, mas sim pela função social da pessoa.

No século XIX, era designado idoso, aquele que tinha uma certa posição social. Por outro lado, os velhos tinham em comum, além da idade avançada, a condição de pobre.

De acordo com Peixoto (2003), a representação da velhice, na modernidade, aparece associada à inserção do indivíduo no processo de produção. Era considerado velho aquele via as suas forças diminuídas, não podendo continuar a desenvolver o seu trabalho.

Morin (1997) acredita que é difícil perceber a origem da velhice, uma vez que, em seu entender, o carácter patológico da velhice manifesta-se em três planos: no social, na percepção de que a velhice sadia é patológica enquanto velhice em si, na própria morte que é patológica e é aproximada pela velhice.

Para o autor a velhice e a morte estão inscritas na herança genética humana e são normais e naturais, porque uma e outra são universais e não sofrem qualquer excepção entre os mortais.

Por sua vez Zimerman (2000:21) diz-nos que,

Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais, podendo-se verificar em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um.

A industrialização impôs às pessoas uma rotina diária e regular de trabalho, menosprezando, por vezes, actividades de lazer ou de participação social, restringindo as relações sociais ao local de trabalho.

Contudo, a redução do horário de trabalho, no contexto empresarial da actualidade, beneficiou a criação de espaços de lazer e de convívio social. Mas, quando as pessoas dependem, exclusivamente, do seu círculo, familiar e profissional, onde lhes é conferido um *status*, ao romper-se este círculo é normal que se crie a sensação de isolamento e dificuldades de adaptação às novas situações que vão aparecendo nesta nova vida. A qualidade de vida do idoso pode ser posta em causa, porque, segundo Paschoal (1996) a satisfação da vida, reflecte-se, de forma indirecta, na qualidade de vida e nas avaliações do estado de saúde, na velhice. A satisfação de vida inclui aspectos de interacção familiar e social, desempenho físico e exercício profissional. A estimulação para actividades de lazer permite um menor declínio no funcionamento cognitivo com a passagem dos anos (Serra, 2006). O bom humor e a satisfação de vida, ao nível mental, ajudam os idosos a manter-se fortalecidos, no confronto das actividades diárias e nos desafios impostos pela vida.

A oportunidade dos idosos viverem o lazer é bastante pertinente, dado que estes podem afirmar a sua própria identidade, ampliar as fronteiras do seu valor, pois. Na verdade, a pessoa idosa, depositária de informações acumuladas, deveria ter oportunidades de ser transmissor de cultura, de tradição, de folclore, de dança, de canto e de toda a memória cultural (Barroso, 1999).

Em nosso entender, o poder político tem a obrigação de se preocupar com a satisfação de vida dos idosos, tendo como meta a promoção da



cidadania, proporcionando-lhes uma maior integração, entre eles, motivando-os para o convívio social, descobrindo valores e estimulando-os para uma melhor qualidade de vida para que eles não sintam a velhice como uma decadência.

Estamos convictos de que o lazer é um elemento essencial de qualquer sociedade, assumindo uma grande importância na caracterização dos indivíduos que o desfrutam e na sua qualidade de vida.

Face ao exposto, poder-se-á dizer que o envelhecimento é um processo bastante complexo e de difícil definição, onde existem factores e condicionalismos que não se conhecem, ao pormenor, e são responsáveis pelas perturbações das pessoas idosas e que comprometem o seu bem-estar como, por exemplo, a reforma, o isolamento, as perdas, a falta de recursos económicos, entre outros (Barreto, 1984). Estas perturbações podem ser, então, justificadas por várias teorias do nível biológico, psicológico e social.

### **3.1- Envelhecimento Biológico**

O envelhecimento do ser humano é um processo que se desenvolve gradualmente, com transformações a nível biológico, psicológico e social. (Muñoz: 2002)

De acordo com García & Sánchez (1998:115), “El envejecimiento es un problema intrínseco de la naturaleza humana. Ya que envejecer es perder: representa un proceso de transformación física y biológica de carácter carencial.” Desta forma, o envelhecimento biológico manifesta-se, porque uma série de mudanças, intrínsecas ao próprio indivíduo, o levam ao enfraquecimento das suas capacidades e à morte.

O envelhecimento e o declínio da função dos órgãos ocorrem, em tempos diferentes, num mesmo indivíduo e são muito variáveis de indivíduo para indivíduo, ou seja, cada indivíduo apresenta um declínio funcional dos seus órgãos, em períodos diferentes, seguidos de perda funcional.

De acordo com Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004:23), “a idade de início do envelhecimento biológico, em geral, é aceite que ocorra, no final da segunda década de vida. Calcula-se que, após os 30 anos, dependendo dos órgãos, haja em média, a perda de 1% de funcionalidade, por ano.” Conforme

nos refere Neri (2005) sempre se aceitou que o crescimento e os ganhos levassem a mudanças evolutivas, na primeira metade de vida, enquanto que o declínio e as perdas se davam na segunda metade.

No entanto, para Pikunas (1979), no envelhecimento biológico, praticamente todos os sistemas do corpo se deterioram, tanto na eficiência estrutural como na funcional.

Considerando os aspectos biológicos, Weineck (1991) aponta inúmeros sinais óbvios do envelhecimento:

Como a diminuição da altura causada pela diminuição dos discos vertebrais; o aumento da curvatura vertebral (cifose da velhice) e a diminuição do ângulo colodiafiriário do fémur, o aumento do tecido conjuntivo e adiposo; alterações da pele, esbranquiçamento e queda do cabelo, entre outros.

As células regeneram-se, muito lentamente, ou nem sequer se regeneram, levando à morte dos tecidos e contribuindo, assim, progressivamente, para uma separação gradual e lenta, em relação ao meio, e para uma redução da interacção entre o indivíduo e a sociedade. O ser humano não envelhece de uma só vez, mas, antes, de forma gradual. Neste processo são atingidos sucessivamente todos os sistemas importantes do organismo, principalmente, ao nível dos sentidos, associando-se o declínio do sistema nervoso o que contribui para desenvolver dificuldades nos fenómenos de percepção, integração e capacidade de resposta do indivíduo. Paralelamente, vai diminuindo a força muscular, contribuindo para um declínio físico, o que conduz a um progressivo isolamento da pessoa idosa. Trata-se, contudo, de processos normais e não, de sinais de doença. Segundo Papalia & Olds (2000), muitos dos declínios, associados ao envelhecimento, podem ser mais efeitos do que causas das doenças, pois as ciências médicas ainda não conseguiram explicar o que provoca o envelhecimento ou porque é que o fenómeno ocorre. Não há ainda um consenso sobre quando se começa a envelhecer. Verificamos que, para alguns especialistas, o envelhecimento começa desde o nascimento, para outros, começa no início da fase reprodutiva e, ainda, para outros em idades mais avançadas. Não existem marcadores biológicos estáveis, mas entende-se que as perdas são lineares, em função dos tempos (Netto, 2002).

Contudo, o ciclo de vida do homem é considerado como comportando três fases consecutivas: o crescimento, a maturidade e a velhice. Durante a primeira etapa, que termina entre os 18 e os 21 anos, o organismo torna-se apto para a reprodução, alcançando, de seguida, o seu tamanho adulto. Atingida a plenitude das suas capacidades, o organismo permanece, até cerca dos 50 anos, num período correspondente à idade adulta. É, a partir desta idade, que algumas pessoas têm a impressão que começa o envelhecimento, que se irá acentuar ao longo dos anos. No entanto, é importante reter que o envelhecimento deixou de estar associado ao início da velhice, para se tornar um processo dinâmico que se desenrola, ao longo da vida.

Mailloux-Poirier (1995) considera que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos, como a disfunção do sistema imunológico, a programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética.

Autores, como Fernández-Ballesteros (2000), Mailloux-Poirier (1995), Mota (2001) e Stuart-Hamilton (2002) defendem várias teorias para explicar as causas do envelhecimento biológico.

Fernández-Ballesteros (2000) e Mailloux-Poirier (1995) defendem, em comum, a teoria genética e a teoria do desgaste. Contudo Fernández-Ballesteros (2000) ainda aponta, como causas, a teoria celular, sistémica e a dos eventos vitais biológicos. Por sua vez, Mailloux-Poirier (1995) e Mota (2001) apontam-nos a teoria do erro da síntese proteica e dos radicais livres. Mailloux-Poirier (1995) define ainda a teoria imunitária, erro da síntese proteica, radicais livres e neuro – endócrina. Stuart-Hamilton (2002) e Mota (2001), defendem a teoria dos Telómero, erro da catástrofe. Stuart-Hamilton (2002) acrescenta ainda a teoria do envelhecimento das mutações genéticas, envelhecimento auto-imune e do lixo celular. Esta última é definida, pelos outros autores, como a teoria dos radicais livres. Para este autor, o envelhecimento auto-imune pode ser atribuído a defeitos no sistema imunológico (Stuart-Hamilton, 2002: 23).

Mota (2001) afirma que as teorias, quanto às causas do envelhecimento, podem dividir-se em dois grupos: as *teorias estocásticas*, isto é, as causais ou conjecturais, que nos dizem que “o envelhecimento resulta de lesões sucessivas que vão conduzir ao desgaste e à morte” e as *teorias deterministas*,

onde “o envelhecimento é uma consequência directa de um programa genético, funcionando o genoma como um relógio molecular, biológico” (Mota, 2001:18).

Nas teorias estocásticas, podemos destacar a teoria das mutações somáticas, a teoria do erro da catástrofe, a teoria da reparação do ADN, a teoria da Glicosilação e a teoria do stress Oxidativo (Duarte, Figueiredo & Mota, 2004).

Para melhor entender as teorias estocásticas, é importante reflectir sobre cada uma delas. A teoria das *mutações Somáticas* foi uma das primeiras tentativas para compreender o fenómeno do envelhecimento, ao nível molecular. Esta teoria constatou que doses de radiações letais são acompanhadas por uma diminuição do tempo de vida (Ibidem). Tal acontece em virtude de “problema se compõe porque as células substitutas não são réplicas exactas, mas células que contêm erros” (Stuart-Hamilton, 2002:23). Uma variação desta teoria é a teoria do erro-catástrofe que põe a culpa na replicação defeituosa da proteína.

A teoria do *Erro- Catástrofe*, proposta por Orgel (1963, cit. Por Netto & Borgonovi, 2002), postula que os erros, na síntese de uma proteína, podem ser utilizados na síntese de outras proteínas, levando a uma diminuição progressiva da fidelidade e à eventual acumulação de proporções de proteínas incompetentes.

A outra teoria do erro da síntese proteica, afirma que “o envelhecimento resultaria da morte celular.” (Shock, 1977, cit. por Mailloux-Poirier 1995: 101). A nossa informação genética está presente na molécula de ADN. O gene, transportado no ADN, é um pequeno fragmento que possui informação necessária para o fabrico das proteínas indispensáveis à manutenção da vida. Alguns erros, ao nível das etapas da síntese proteica, levariam à formação de proteínas incompetentes e incapazes de desempenhar as suas funções que, por sua vez, levariam ao envelhecimento.

Os efeitos das radiações letais levaram ao estudo das alterações do ADN com a idade e, conseqüentemente, à teoria da *Reparação do ADN*. De acordo com Netto & Borgonovi (2002: 49), as “modificações, na molécula de ADN, têm sido responsabilizadas pelo declínio da função celular e orgânica que ocorre nas fases mais avançadas da vida”. É a velocidade de reparação do ADN que determina o tempo de vida entre indivíduos da mesma espécie. São

vários os agentes internos ou externos que podem levar a alterações na molécula de ADN, através de acções químicas, físicas ou biológicas. As alterações resultam de uma exposição longa e repetitiva dos agentes agressores, tais como radiações, produtos do metabolismo celular e certos componentes do meio ambiente (Netto & Borgonovi, 2002).

A forma como o organismo reage às radiações leva a constatar a importância da teoria do *Stress Oxidativo*. Harman (1956, cit. por Duarte, Figueiredo & Mota, 2004) considera que o fenómeno de envelhecimento é o resultado da acumulação de lesões moleculares, ocorridas pelas reacções dos radicais livres nos componentes celulares, ao longo da vida, que conduzem à perda de funcionalidade, à doença e à morte. A Teoria dos Radicais livres refere que o envelhecimento e a morte celular acontecem, porque existem efeitos nefastos, causados pelos radicais livres. “Os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células” (Mailloux-Poirier 1995:103).

Por último, a teoria da *Glicosilação*, sugere a modificação de proteínas pela glicose e a associação de reacções de Maillard levam à formação de ligações cruzadas, graduais, no colagénio, que são características nos indivíduos idosos (Cerami, 1995). As ligações cruzadas, causadas pelo elevado nível de glicemia e de glicose, conduzem à deteriorização estrutural e funcional dos tecidos, pois há “maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólicos das células para os capilares” (Fillho, 2002: 62).

Nas teorias deterministas podemos incluir a teoria imunitária, a teoria genética, a teoria do envelhecimento celular, a teoria dos telómeros e a teoria neuró-endócrina.

Mailloux-Poirier (1995: 100) refere que, na teoria Imunitária, o envelhecimento resulta “ da formação de anticorpos que atacariam as células sãs do organismo; (...) é a disfunção gradual, ou a falha do sistema imunitário do organismo, que originaria o envelhecimento.” Para o autor, a base da imunidade consiste no reconhecimento de uma substância estranha ao organismo, que as células destroem ou neutralizam. Esse agente externo permite a manutenção da homeostasia. Com o avançar da idade, parece

observar-se que o sistema imunitário ataca certas partes do corpo como se estas fossem invasoras.

De acordo com Shock, (cit. Mailloux-Poirier 1995: 100), a teoria *Genética* “é a última etapa de um processo genético definido e orientado”. Esta teoria defende que existe um limiar máximo de capacidade para a divisão celular, a partir do qual se verifica uma diminuição, formando uma senescência replicativa das células, que não se dividem mais do que um número de vezes. Cada vez que este processo acontece, a célula perde o seu potencial de replicação e, num determinado momento, morre.

Esta Teoria, explica-nos que a “mulher vive, em média, mais dois a sete anos do que o homem”, devido à maior quantidade de cromossomas X (Ibidem).

Os esforços para compreender o papel da célula adulta no fenómeno do envelhecimento tiveram o seu início em 1981, com Weismann. A teoria do *Envelhecimento Celular* tem permitido identificar genes responsáveis pelo desenvolvimento de doenças associadas à idade (Duarte, Figueiredo & Mota, 2004).

A teoria dos *Telómeros* refere que estes protegem as extremidades dos cromossomas da sua degeneração e, por isso, têm um papel preponderante no envelhecimento dos tecidos. Este envelhecimento deve-se à acumulação de lesões celulares sucessivas, induzidas por factores de natureza química ou mecânica. No entanto, cada vez que uma célula se duplica, uma secção do seu ADN, chamada Telómero, encurta. “Quando o telómero não pode encurtar mais, a célula não se pode replicar mais e morre” (Stuart-Hamilton, 2002:23).

De acordo com a teoria *Neuro – Endócrina*, o envelhecimento é “causado pelo fracasso ou insuficiência do sistema endócrino no que se refere à coordenação das diferentes funções do corpo”. (Idem: 102). O sistema endócrino é constituído por hormonas que participam na regulação de fenómenos, entre outros, como o do crescimento e a homeostase sanguínea. É de salientar que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico se deve às mudanças das funções neuro-endócrinas, visto que estas diminuem com a idade.

Segundo Oliveira (2005:34), “o tipo de vida que se leva, com as consequentes doenças tem também uma grande parte de responsabilidade,

evitando que o envelhecimento seja (exclusivamente) uma fatalidade biológica”. O envelhecimento depende do bom e mau uso que se tenha feito do corpo, da alimentação, dos hábitos mais ou menos saudáveis. Tal como os factores endógenos, os factores exógenos ou ambientais, sócio-económicos e profissionais têm um grande peso no processo de envelhecimento.

A prevenção torna-se indispensável. Mas para prevenir “é preciso começar a identificar uma situação e reconhecer os seus riscos e os perigos inerentes” (Mailloux-Poirier, 1995: 147). A prevenção engloba uma série de intervenções positivas. Numa perspectiva mais alargada, não consiste somente no simples despiste das doenças.

Fernandes (1997) caracteriza a velhice, opondo-se precisamente à sua redução a um mero processo biológico. Para a autora, o envelhecimento deve ser entendido como a forma que cada sociedade contextualiza esta fase da vida, como uma construção social, inscrita numa dada conjuntura histórica.

Para que o envelhecimento seja tratado na sua amplitude e complexidade, é fundamental tratar ainda do envelhecimento a um nível mais holístico, bio-psico-social.

### **3.2- Envelhecimento Psicológico/Psíquico**

Além das alterações do corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas. O equilíbrio psíquico do idoso depende da sua capacidade de adaptação à existência presente, passada e, ainda, à realidade que o cerca. A adaptação ao envelhecimento parece ser mais fácil e adequada, à medida do que aconteceu nas outras fases da vida (Robert, 1994). A este nível, a velhice inicia-se, quando se começa a olhar o passado com nostalgia e, ao mesmo tempo, se encara o futuro com alguma apreensão e insegurança. Os idosos são, frequentemente, vítimas de discriminação, de estereótipos e de atitudes negativas da sociedade. Estes sentem-se estigmatizados e, dada a sua natureza sensível e vulnerável às opiniões, vão-se identificando com uma imagem degradante, que lhe é imposta pela própria sociedade. Ele pergunta-se acerca do que fez, do que pode fazer e ainda do que pode esperar da vida e de que forma a pode ainda viver. A sensação de

perda de identidade vai levá-lo a sentimentos de culpa e angústia pelo que fez e pelo que não fez e poderia ter feito, podendo levar a sentimentos mais graves e até à negação da sua própria vida (Blazer, 1992). Contudo, se, por um lado, temos os idosos que vivem esta etapa da vida de uma forma saudável, por outro, temos aqueles que a vivem de uma forma madura e serena. Atingi-la, significa a realização pessoal, de projectos, planos e sonhos não conseguidos (Berger, 1995).

Morin (2000) chama-nos à atenção para a perda de autoridade que os idosos enfrentam à medida que o desenvolvimento das civilizações acontece. Na verdade, as perdas de papéis e a dificuldade em se adaptarem a novas situações, reduzem a qualidade de vida. Uma ampla actividade produz maior capacidade adaptativa, uma vez que esta é tão importante como a satisfação de viver e a auto estima.

No caso do envelhecimento psicológico, ao contrário do que acontece com outras áreas de envelhecimento, não encontramos estruturas teóricas unificadas, mas, antes, uma variedade de teorias, desenvolvidas na área da personalidade e da psicologia social, que são aplicadas de acordo com as nossas necessidades e preferências (Neri, 2002).

Porém, as teorias do desenvolvimento consideram que as modificações comportamentais, ao longo da vida, explicam as diferenças entre as vivências de cada um, perante o mesmo acontecimento, a forma como o organismo se desenvolve e a sua diversidade. O critério normalmente utilizado é a idade, mas também se considera o género, o estatuto social, e a saúde, entre outros. Estas teorias, também designadas por teorias do envelhecimento, “são referenciadas a paradigmas, que são construções intelectuais sobre a natureza geral das mudanças evolutivas” (Neri, 2002: 32) que acontecem no ciclo vital. Segundo Lerner, (1983; cit. por Ibidem), estes paradigmas dividem-se em: mudança ordenada, contextualista e dialéctica.

Ao nível do paradigma das mudanças ordenadas, o desenvolvimento humano acontece por manifestações de natureza ontogénica e considera-se que cada um tem que ultrapassar os estágios do desenvolvimento de cada etapa de vida, que se encontram estratificadas segundo a idade e por crises evolutivas.



Stanley Hall (1922) publicou um tratado sobre a velhice, intitulado ***Senescence, the last half of life***, onde considerou cinco estádios do desenvolvimento: Infância, Adolescência, Meia-idade (dos 25-30 anos até 40-45 anos), iniciando-se neste período o declínio, Senescência e Velhice. Este autor considerou que o envelhecimento não é vivido, da mesma forma, pelos indivíduos com igual idade, reflecte um fenómeno da sabedoria, como factor associado à velhice.

O paradigma Contextualista refere-se à dinâmica psicossocial, pois considera que o desenvolvimento se processa através da interacção do indivíduo com o meio e que exige um contínuo processo de adaptação. Estes (indivíduo e meio ambiente) permitem “o processo de construção da trajectória de desenvolvimento individual e dos grupos de idade que nasceram na mesma época (*coortes*)” (Neri, 2002: 37).

Neste paradigma foram abordadas três teorias:

- A Teoria da personalidade, da idade e do envelhecimento de Neugarten;
- A Teoria das tarefas do desenvolvimento de Havighurst;
- O modelo ecológico de competência de Lawton.

O paradigma dialéctico entende que o indivíduo está inserido numa sociedade onde surgem acontecimentos contraditórios e oposições, que necessitam de ser resolvidos. A sua resolução permite a cada membro ser activo na sociedade, estar inserido num mundo em constante mudança, e, simultaneamente, apresentar-se em constante mutação. A teoria mais significativa neste paradigma é a Teoria de Baltes (1987), podendo esta ser também considerada como uma teoria cognitiva.

Após esta sintetização das teorias psicológicas, parece-nos importante abordar algumas mudanças, nas pessoas idosas, ao nível da competência, cognição, personalidade e saúde.

Para Paúl (2001), a competência, associada ao processo de envelhecimento, traduz-se num conceito complexo que se cruza com outros de âmbito geral como capacidade, actividade e sucesso.

Na psicologia do envelhecimento, a competência

é definida como a capacidade do indivíduo para realizar adequadamente aquelas actividades habitualmente consideradas

como essenciais para a existência, podendo assim ser tomada como sinónimo de autonomia (Fonseca, 2004:87).

O modelo Ecológico de Competência, desenvolvido por Lawton (1973), baseado na teoria do campo de Lewin (1935), pretende especificar a relação da pessoa idosa com o meio ambiente. Para Lawton (1982), “a relação pessoa-ambiente produz sempre determinados resultados, sendo justamente a *competência comportamental* ou, simplesmente, a competência um dos resultados esperados dessa transacção.” Para o autor, quanto mais elevada for a competência do indivíduo idoso, melhor utilizará os recursos do meio ambiente para poder satisfazer as suas necessidades pessoais. (Idem:86)

De acordo com Fernández-Ballesteros & Izal (1990: 184),

el comportamiento es considerado como el resultado de una combinación de la presión ambiental, de una determinada magnitud, que actúa sobre y es percibida por un individuo con un nivel de competencia específico. Si la demanda ambiental es excesiva para el nivel de competencia del anciano, el resultado sería el estrés y sus consiguientes efectos negativos; si por el contrario la demanda fuera escasa, se llegaría a una disminución de la competencia debida a la falta de práctica de la misma.

Uma modalidade específica de competência, com repercussões no processo de envelhecimento, é a competência da vida diária, que é definida, por Diehl (1998) como a capacidade que uma pessoa tem para executar um número diferenciado de actividades, consideradas importantes, para uma vida independente, envolvendo aspectos de natureza física, psicológica e social, os quais agem, entre si, de forma complexa, na realização dos comportamentos habituais relativos ao seu dia-a-dia.

À luz desta perspectiva, a dependência da pessoa idosa poderá ser explicada como consequência das condições sociais e individuais, pois, à medida que o idoso perde as suas competências, é importante reavaliar o seu dia a dia, de forma a verificar se a dependência se torna “fruto não tanto da incapacidade, mas do stress causado pela experiência de algumas limitações físicas que fazem do indivíduo sentir-se dependente “ (Fonseca, 2004:94).

Ao nível cognitivo, as pessoas idosas apresentam enormes diferenças. Umam mantêm as suas capacidades cognitivas, intactas, até tarde e outras apresentam um declínio bastante precoce, por vezes, muito antes de se falar no envelhecimento (cronológico). A diminuição das capacidades cognitivas está

associada ao comportamento e à saúde dos indivíduos (Paul & Fonseca, 2001) e ainda à posição social que eles ocupam. (Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2002). O elemento cognitivo intervém como mecanismo regulador na determinação de desempenhos sociais, intelectuais e também afectivos dos idosos.

A cognição está ainda associada à perda gradual da memória. A habilidade de relembrar coisas, por um breve período de tempo, declina com a idade e a curto prazo, sobretudo, a memória. À medida que o corpo se deteriora, existe também uma deterioração equivalente no desempenho das tarefas que exigem velocidade e memória de curto prazo (Berger, 1995). Segundo o mesmo autor, não se verificam grandes alterações na memória a longo prazo. Os acontecimentos passados não são prejudicados. Não se observa um declínio daquilo que foi aprendido no passado.

Outras dificuldades sentidas centram-se nas habilidades perceptuais. As pessoas idosas tendem a reagir, a este nível, como as crianças pequenas (Busse, 1992). A rapidez perceptiva decai, parecendo estar associada à perda da memória que, por sua vez, afecta a eficiência do processamento (Papalia & Olds, 2000). Segundo os mesmos autores, o vocabulário e o raciocínio, normalmente, mantêm-se bons. Estudos feitos entre os idosos e os jovens adultos concluíram que os idosos têm muita informação acumulada e uma grande habilidade ao nível do raciocínio. Notou-se grande diferença no tempo necessário para a resolução das tarefas. A pessoa idosa demonstrou precisar de mais tempo, mas o desempenho cognitivo pode ser melhorado com algum treino.

Uma terceira dimensão do envelhecimento psicológico é a personalidade. Todos os indivíduos têm personalidade. Ao falar de personalidade, estamos a tratar “do modo de pensar, de sentir, de agir ou de reagir nas situações quotidianas” (Fontaine, 2000: 131). A avaliação da personalidade resulta dos estereótipos sociais relativos a cada cultura e meio social.

Zamarrón & Fernández-Ballesteros, (2002) são de opinião que um dos estereótipos mais relacionados com a velhice, prende-se com a ideia de que as pessoas idosas são teimosas, tristes, chatas, mal-humoradas, assumindo que há um conjunto de condições e características que definem a pessoa, a nível

psicológico e que, com a idade, vão evoluindo de forma negativa. Havighurst, Neugarten & Tobin (1968, cit. por Fonseca, 2004) descobriram quatro tipos de personalidade presentes em indivíduos entre os 50 e os 90 anos:

- **Integrado**, a pessoa apresenta um bom funcionamento psicológico, tem uma vida cheia de interesses, competências cognitivas intactas, retirando um elevado nível de satisfação dos papéis que desempenha;

- **Defensivo e Combativo**, a pessoa é orientada para realizações; lutadora e controlada com níveis de satisfação, entre o moderado e o elevado;

- **Passivo e Dependente**, depende do tipo de funcionamento, ao longo da vida. Estas pessoas apresentam níveis de satisfação variados;

- **Desintegrado**, pessoas com lacunas no funcionamento psicológico, com pouca actividade, controlo pobre de emoções, deteriorização dos processos cognitivos, com baixa satisfação de vida;

Jung (1993) desenvolveu a ideia do envelhecimento da personalidade e postulou a existência de duas tendências fundamentais que determinam a evolução do indivíduo, no decorrer da sua vida adulta. A primeira tendência, relaciona-se com a extroversão (virada para o mundo exterior) e com a introversão (virada para o mundo interior e para as experiências mentais subjectivas).

Segundo Jung, (1933, cit. por Fontaine, 2000:135-136)

a juventude caracterizar-se-ia por uma predominância da extroversão, que se traduz pela necessidade de afirmação do eu e de realização pessoal, especialmente profissional. Em contrapartida, a segunda metade da vida traduzir-se-á por um forte aumento de introversão, nas estruturas da personalidade e a pessoas volta-se então para a análise dos seus sentimentos pessoais, para o balanço de vida e para a tomada de consciência do seu encontro inelutável com a morte.

A segunda tendência, segundo o mesmo autor, refere-se ao par feminilidade -masculinidade, pois, segundo ele, todos nós possuímos uma dupla personalidade. Durante a primeira metade de vida, desenvolvemos uma delas e inibimos a outra. Na segunda metade de vida, “as pessoas idosas se descrevem entre si (homens e mulheres) de forma muito mais parecida do que a dos jovens. Verifica-se, assim, que as diferenças entre os sexos se esbatem.” (Ibidem)

Podemos então concluir que a personalidade se desenvolve, ao longo de toda a vida. O jovem adulto será mais extrovertido e conformista, em relação aos estereótipos sociais, enquanto que o adulto idoso será mais introvertido.

Erikson (1987) elaborou um modelo da evolução da estrutura da personalidade. A evolução seria determinada por um jogo de interações, entre a maturação e a pressão do ambiente. Criou oito estádios, onde descreveu algumas crises pelas quais o “ego” passa ao longo do ciclo vital. O motor que permite a passagem de um estádio ao outro é o conflito. Contudo, é importante reflectir sobre o oitavo estádio relativo ao último ciclo de vida, denominado *Integridade e desespero*. Neste estádio, o ser humano revê a sua vida, experimenta o sentimento de que o tempo acabou; e vive em eterna nostalgia e tristeza, por ser velho. No entanto, a vivência também pode ser positiva: se a pessoa tem a sensação do dever cumprido, experimenta o sentimento de dignidade e integridade e divide a sua experiência e sabedoria, ou seja, se o envelhecimento ocorre com sentimento de produtividade e valorização no que foi vivido, sem arrependimentos e lamentações sobre oportunidades perdidas ou erros cometidos, haverá integridade e ganhos; se, pelo contrário, ocorre como um sentimento de tempo perdido, a impossibilidade de recomeçar, de novo, trará tristeza e desespero.

Para Foncault (1995), além das perdas, ao nível cognitivo e físico, os idosos confrontam-se com perdas, ao nível económico e social, que os podem levar à mágoa, ao fracasso, à humilhação e à dependência, como é o caso da perda de saúde, das capacidades funcionais, dos entes queridos, do papel da família e do emprego. Estas perdas podem ser graduais ou súbitas e afectam, por vezes, os sentimentos de segurança e os valores pessoais.

A saúde é considerada, também, um aspecto fundamental, quando se fala em envelhecimento, ao nível psicológico. O estado de ânimo, a competência e a actividade do idoso varia conforme o seu estado de saúde. De acordo com Fonseca (2004:126),

se a saúde não é por si só condição de felicidade, a ausência provoca sofrimento (físico e psicológico) e quebra no bem estar, através de interações complexas- directas e indirectas- com outros factores da qualidade de vida. (...) secundariamente, fazer com que haja diminuição do poder económico (os gastos com a saúde são habitualmente elevados), perda de autonomia, alteração das actividades diárias e das relações sociais, desconforto generalizado e, por vezes, medo da morte.

A saúde é condição para uma velhice bem sucedida que está associada, segundo Fontaine (2000), à reunião de três condições:

- Reduzida probabilidade de doenças;
- Manutenção de um elevado nível funcional;
- Conservação de empenhamento social e bem-estar subjectivo;

Evitar as doenças leva a uma velhice bem sucedida que, por sua vez, origina um melhor empenhamento social e um elevado nível cognitivo e físico do idoso. No entanto, as limitações físicas revelam-se importantes, pois dificultam a sociabilidade do idoso. As dificuldades de locomoção, da vista e da audição restringem as possibilidades de deslocação e impedem a disposição para manter os contactos.

A saúde afecta a vida, porque, quando se pensa na vida plena, o que nos surge, em primeiro lugar, é uma vida com saúde. A saúde surge como o aspecto mais importante na vida dos idosos e é determinante na sua satisfação (Renaud, 2000:68).

No entanto, para que o indivíduo possua saúde, é fundamental haver um equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente. Deste equilíbrio resulta bem-estar, permite-se ao indivíduo desenvolver as suas actividades fisiológicas e psíquicas, reagindo ao meio físico e social que o rodeia, sem sofrimento.

Contudo, é importante referir que Qualidade de vida não é, apenas, ter saúde. Tem que se ter em consideração outros factores, tais como a rede social de apoio formal, recursos económicos e grau de autonomia.

A saúde engloba uma série de factores: individuais, colectivos, religiosos, biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos, políticos, entre outros. As dimensões psicossociais e funcionais tornam-se componentes essenciais para a obtenção de boa saúde, o que pressupõe uma óptima qualidade de vida (Coelho, 1997).

### 3.3- Envelhecimento Social

As teorias sociológicas do envelhecimento, de acordo com Hendricks e Achenbaun (1999), começaram a ser sistematizadas, na década de 60. Autores como Siqueira, (2002) preocuparam-se em organizar essas teorias, tendo em conta a sua origem intelectual e os níveis de análise. Estas espelham a forma como a sociedade percepçiona o envelhecimento.

Sempre numa perspectiva micro e macrosocial, foram classificadas, segundo o critério das gerações, apresentado por Bengston, Burgess & Parrot (1997), na primeira, compreende as teorias elaboradas entre 1949 e 1969, na segunda geração, entre 1970 e 1985 e a terceira geração, a partir de 1985. Distinguem, ao nível macrosocial, “aquelas que focalizam o indivíduo e as suas interações sociais”, ao nível macrosocial “as que examinam as estruturas sociais e sua influência sobre as experiências e os comportamentos na velhice e no envelhecimento” e ao nível micro/macrosocial as que abrangem os dois níveis de análise (Siqueira, 2001:74).

Em cada um destes níveis, ainda podemos considerar as teorias de primeira, segunda e terceira geração. Na primeira geração, o foco principal a ter em conta é o indivíduo, considerando papéis e as normas sociais para explicar o modo de adaptação ao declínio resultante do envelhecimento. As teorias de segunda geração defendem que a forma como a sociedade está organizada, bem como a política, e o estatuto social do indivíduo, influenciam todo o processo de envelhecimento. As de terceira geração acatam as críticas e vantagens de todas as teorias desenvolvidas até à altura. Assumem que o idoso tem um papel activo na sociedade e esta, por sua vez, é influenciada pelos comportamentos individuais.

#### 3.3.1- As teorias sociológicas de primeira geração

Ao nível macrosocial, podemos encontrar, entre outras, a **Teoria da Actividade**. Esta teoria, defendida por Havighurst (1968, cit. por Siqueira, 2002:49), postula “que o declínio em actividades físicas e mentais, geralmente associado à velhice, é factor determinante das doenças psicológicas e do

retraimento social do idoso”. O interesse em manter o mesmo nível de actividade, na vida adulta, contribui, de uma forma importante, para o envelhecimento bem sucedido. Para conseguir manter o auto conceito positivo, o idoso deve substituir por novos papéis os papéis perdidos com o envelhecimento. A satisfação de viver encontra-se na imagem positiva que cada um tem de si próprio, ao atingir metas pessoais e objectivos. A felicidade das pessoas idosas é tanto maior quanto maior for a sua actividade. Deverão, assim, descobrir novos papéis ou conservar os antigos (Muñoz, 2002), pois duas ou mais décadas separam a cessação da actividade profissional do momento em que as deficiências físicas e mentais extinguem a autonomia do indivíduo, tornando-o um idoso. “É que, enquanto a dependência da criança decresce progressivamente para desaguar na vida, a do velho condu-lo à morte” (Vincent, 1991:330). Contudo, cada vez mais, ser reformado não é sinónimo de velhice (Ibidem).

A nível micro e macrosocial, é-nos apresentada, entre outras, a **teoria do desvinculamento /descomprometimento** de Cumming & Henry (1961), designada por Siqueira pela “Teoria do desengajamento” (2001, 2002). Esta teoria é importante, porque refere o afastamento da pessoa idosa, da sociedade. Este desvinculamento/descomprometimento faz com que a pessoa idosa se afaste dos outros, voltando-se para si, mantendo um equilíbrio benéfico para ela e para a sociedade. Este processo é paralelo ao processo de envelhecimento. É normal que as pessoas idosas, à medida que a idade avança, produzam um menor investimento em relação ao exterior. Esta teoria de inspiração funcionalista, diz-nos que a pessoa idosa deve desvincular-se da sociedade em que vive, pois, de contrário, não consegue adaptar-se ao novo modo de vida. Este comportamento é inicialmente psicológico e depois social (Muñoz, 2002).

Esta teoria “propõe que o envelhecimento é um processo de desengajamento ou afastamento, universal e inevitável, que é funcional tanto para o idoso como para a sociedade”. Possibilita à sociedade criar espaço para pessoas jovens e eficientes, enquanto dá ao idoso tempo para se preparar para a morte (Siqueira, 2002:49).

Segundo Zimerman (2000:24), verifica-se “uma modificação no status do velho e no relacionamento dele com outras pessoas em função da crise de



identidade (...), mudança de papéis (...), aposentadoria (...), perdas diversas (...), diminuição dos contactos pessoais (...).” As perdas podem suscitar, nas pessoas idosas, sintomas de depressão, ansiedade, afastamento, descompromisso e reacções psicossomáticas e até mesmo ameaças à sua integridade (Robert, 1994).

A este nível, podemos ainda encontrar a **teoria da modernização** de Cowgill & Holmes (1972, cit. por Siqueira, 2002:50). Esta teoria espelha a modernização, reflectida pelo processo de industrialização, onde foram demarcadas mudanças, ao nível cultural e histórico. Esta teoria dá valor ao “*status*” do idoso, que é influenciado pela industrialização da sociedade. O idoso das sociedades pré - industriais tem um “*status*” elevado e é considerado uma fonte de saber, ao contrário do que acontece com as sociedades industrializadas, onde o “*status*” do idoso é menor. Este decréscimo ao nível do “*status*” implica “a redução nos papéis de liderança, de poder e de influência”.

A posição do idoso é influenciada por quatro factores:

- tecnologia científica, aplicada à produção económica, onde é valorizado o jovem pela aquisição dos novos conhecimentos;
- urbanização, assistindo-se à diminuição dos laços familiares, visto que os jovens abandonam o espaço rural em detrimento do espaço urbano. Dá-se uma ruptura intergeracional;
- educação intensiva dos jovens e segregação intelectual dos idosos, isto é, um distanciamento entre o conhecimento do idoso e do jovem;
- tecnologias da saúde, que reflectem a prevenção e novas tecnologias curativas, levando a um aumento da esperança de vida. Este acontecimento pode desencadear maior competitividade entre as gerações, no que respeita ao mercado profissional.

### **3.3.2- Teorias Sociológicas de Segunda Geração:**

Neugarten (1964) e Atchely (1989) expõem a teoria da **continuidade** e referem que o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases. Nesta fase, a pessoa idosa mantém os seus hábitos de vida, comportamentos, experiências e projectos

elaborados, ao longo da vida. Há uma continuação da vida, já iniciada, que influencia as pessoas idosas a adoptarem determinadas condutas, face às mudanças registadas no momento actual. A continuidade tem implícita a personalidade e essa vai definir o conjunto de acções tomadas por cada pessoa idosa (cit. por Siqueira, 2002:99).

Esta teoria defende uma continuidade interna (ideias, temperamento, afecto, experiências, preferências, disposições e habilidades), uma continuidade externa (satisfação das necessidades básicas e das necessidades cognitivas) e ainda a classifica em baixa: óptima e excessiva. É entendida como baixa aquela que resulta de uma insatisfação com a vida e de dificuldades de adaptação à mudança. O idoso mantém uma óptima continuidade, quando a mudança é coerente e de acordo com as suas preferências sociais. Aquele que classifica a vida com excessiva continuidade, descreve-a como monótona, sem experiências novas e enriquecedoras.

Contudo, é importante perceber que o envelhecimento acarreta questões sociais que não podem ser esquecidas. O envelhecimento conduz a modificações no “*status*” do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas. As perdas, ao nível do relacionamento, constituem uma grande fonte de tensão para os idosos. O círculo das amizades vai-se restringindo e a situação pode agravar-se se o idoso não tiver capacidades para estabelecer outras relações, ou porque se encontra limitado, ao nível espacial, ou porque tem dificuldade em se adaptar aos novos valores da sociedade onde está inserido. Esta situação poderá representar o caminho para a solidão e para o isolamento (Vaz Serra, 1989).

Podem ser apontadas, como causa da solidão, as limitações profissionais e físicas. O início da reforma vem marcar uma nova etapa de vida para a pessoa idosa. Por um lado, perdem-se ou diminuem os laços sociais e, por outro, afastam-se as responsabilidades profissionais.

De acordo com Peplau, Miceli & Morasch (1982), a solidão é um fenómeno complexo que envolve a pessoa no seu todo. É uma experiência intensa, pessoal, subjectiva e desagradável que acontece, quando a rede social de uma pessoa se torna deficitária, tanto em termos quantitativos, como qualitativos. A solidão não é sentida só na terceira idade, a solidão é vivida pelo ser humano em qualquer lugar onde habite e é para nós difícil imaginar

alguém que nunca o tenha sentido, no decorrer da sua vida. Porém, as pessoas, à medida que se tornam mais maduras, desenvolvem competências sociais mais estáveis e mais realistas sobre as suas relações sociais. Segundo este autor, a solidão é menos frequente nos idosos. Contudo, não é de excluir que, em idades avançadas, a solidão não possa ser uma constante (Netto, 2002).

De acordo com Berger (1995), a sociedade moderna tende a valorizar o que é material e a tornar secundário o que é afectivo. Os conceitos de família, de amizade e de tempo para os outros, têm vindo a ser ignorados, deixando as pessoas entregues a si próprias. Para este autor, a solidão é determinada pelas expectativas individuais e não pelos contactos sociais. A percepção destes contactos pode resultar da falta de planos para as actividades diárias.

A diminuição das capacidades, ao nível intelectual, sensorial e físico vai-se instalando com experiências negativas que conduzem à solidão, especialmente se o idoso não tiver apoio familiar ou institucional que possa suavizar a situação (Correia, 1993). Este sentimento pode manifestar-se não só quando se está sozinho, mas também, quando nos sentimos acompanhados de pessoas com as quais não gostaríamos de estar (Berger, 1995).

A **teoria do colapso da competência** foi desenvolvida por Kuypers & Bengtson, em 1973. Por colapso da competência entendem-se as consequências negativas que acontecem na vida do indivíduo e que influenciam o seu modo de agir. Quando, na vida de um idoso, surge um acontecimento negativo, uma doença, reforma, viuvez, podem ou não gerar-se determinadas crises, cuja manifestação são o resultado de competências individuais. Esta teoria defende a terapia da “reconstrução social”, pois esta permite a modificação de determinados aspectos no meio ambiente, facilitadores de mudanças pessoais, para que sejam alcançadas competências sociais de acções eficazes, que possibilitam um melhor apoio ao idoso (Teixeira, 2002).

A **teoria da estratificação por idades** desenvolvida por Riley, Johnson & Foner (1972), observa o movimento das classes etárias e sociais, através do tempo. Defende que cada classe etária é única e tem características próprias. A teoria diz-nos que as

estruturas etárias são análogas à hierarquia de classe social, já que ambas implicam influência, oportunidades, poder social e recompensa. Pessoas do mesmo grupo etário possuem características biológicas comuns e vivenciam mais ou menos os mesmos papéis sociais na mesma época de suas vidas. Pessoas nascidas na mesma época (coorte) compartilham também os eventos de um mesmo período histórico (cit. por Teixeira, 2002:53).

Riley & Riley (1994) desenvolve o conceito de *defasagem estrutural*. Este conceito pretende explicar que a nossa sociedade não consegue acompanhar a evolução demográfica. Constatamos um aumento da esperança de vida, a partir dos 65 anos e uma grande falta de estruturas, na sociedade, para responder às necessidades desta classe etária.

Em 1999, foi proposto pelo mesmo autor, o conceito de *matriz latente de relação de parentesco*. Este conceito refere a influência da convivência intergeracional na dinâmica familiar, especialmente na constituição da rede de suporte do idoso que pode ser accionada, sempre que ele necessitar.

Posto isto, podemos então concluir que o equilíbrio das pessoas idosas depende, em nosso entender, de uma ocupação cheia de significado, de uma certa segurança social e de um estado de saúde satisfatório.

É importante caracterizar a **teoria político -económica** do envelhecimento (nível macrosocial), pois é aquela que tem mais expressão na actualidade. Esta teoria tem a sua origem no marxismo e defende os seguintes princípios (Siqueira, 2001):

- as interacções com as forças políticas e económicas que determinam quais são os recursos existentes e como é que eles influenciam o “status” do idoso e o tratamento que lhes é dispensado;
- as restrições económicas e políticas levam à perda de poder, autonomia e influência;
- as experiências de vida são influenciadas pela idade, classe social, género, raça e etnia;
- factores estruturais reforçados por questões políticas e económicas constroem oportunidades, escolhas e experiências, nos últimos anos de vida.

Esta teoria tem levado à criação de políticas económicas, dirigidas ao idoso e à criação de redes sociais de apoio.

### 3.3.3- Teorias Sociológicas de Terceira Geração:

Como teoria de Terceira geração, podemos apontar a do **Construcionismo social**, que tem, por base, o estudo do comportamento individual, num determinado meio social. É importante a forma como o indivíduo percebe o mundo, o significado que lhe atribui e, ainda, como o meio social influencia o seu comportamento.

A sociedade encontra-se em constante mutação, alterando o papel do idoso, conforme os acontecimentos sociais. Nas sociedades pouco industrializadas, os idosos eram considerados inactivos, uma vez que se acreditava que deixavam de ter capacidades para o trabalho, após os 65 anos. No entanto, os idosos das sociedades contemporâneas são pessoas activas e com competências e capacidades de trabalho até muito tarde (Prado, 2002).

Todavia, a **Teoria da troca** social apresenta-nos uma visão importante no que diz respeito às trocas sociais. Esta teoria surgiu, a partir do modelo económico- racional, apresentado na década de 30, que apresenta a vida social “como uma colecção de indivíduos, envolvidos em trocas sociais. As razões individuais para as interacções dependem de cálculos de custos e benefícios que podem advir das relações sociais” (Siqueira, 2001:81).

Esta teoria postula que o idoso se distancia das relações sociais, porque possui baixos recursos em relação aos mais jovens. Só o idoso com mais recursos é que consegue manter as relações sociais (Siqueira, 2002).

Um exemplo da aplicação desta teoria resultou na criação das políticas públicas que assentam em perspectivas teóricas sociais, baseadas em tradições liberais pluralistas, que dirigem a acção do Estado Bem-estar social.

Depois de apresentadas as teorias, constatamos que estas representam um esforço dos investigadores em sistematizar o conhecimento que já existe e proporcionam orientações para aquilo que ainda não foi explicado no contexto actual.

## 4. A FAMÍLIA E O IDOSO NA PÓS-MODERNIDADE

A rápida evolução do número de pessoas idosas, no contexto de profundas mudanças sociais, económicas e culturais a decorrer na sociedade portuguesa, exige uma rigorosa análise aos cuidados prestados aos idosos e respectivas famílias e se os mesmos lhes são adequados.

A sociedade pós-moderna estabelece, por norma, relações entre o estilo de vida, predominantemente pautado pelo individualismo e narcisismo. Neste, destaca-se a solidão devastadora do idoso, sobretudo, nos centros urbanos, onde a impessoalidade prevalece.

A família é uma instituição natural que surgiu com o ser humano e, como tal, antes da socialização (Félix et. al., 1994:13). Esta representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Assim, além do primeiro é

o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação da personalidade humana, no qual o indivíduo se afirma como pessoa, o *habitat natural* de convivência solidária e desinteressada entre diferentes gerações, o veículo mais estável de transmissão e aprofundamento de princípios éticos, sociais, espirituais, cívicos e educacionais, o elo de ligação entre a consistência da tradição e as exigências da modernidade (Ibidem).

Embora seja a instituição mais eficaz para garantir a união da sociedade, no entanto, a sua estrutura, composição e tarefas alteram, conforme o local, os sistemas sociais, religiosos, políticos e culturais de cada comunidade, o que aliás, prova a sua admirável maleabilidade no tempo e no espaço (Félix, 1994).

De acordo com Strauss (1969, cit. por Saraceno, 1997: 56), “para que haja família é preciso que outras duas renunciem a – ou dêem – um membro cada uma.”

Sob o ponto de vista sistémico, a família é considerada como um conjunto de pessoas (marido, mulher e sua descendência), que interagem, entre si, e se organizam como um todo (Albengózar; Cerda & Meléndez, 1998). Esta, segundo Alarcão (2000: 35) é “um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais.” É ainda

um espaço unido pelos vínculos afectivos e emocionais, que vão "dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família" (Ibidem) e pelo vínculo legal onde se estabelece o contrato nupcial (Rocio & Franco; 2002:253).

Não nos podemos esquecer que a família é um sistema activo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento de membros que a constituem (Andolfi, 1996). Até porque cada família que compõe um sistema não só faz parte de um todo, mas de vários sistemas nos quais se integra. No entanto,

cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, desenvolvendo, em simultâneo vários papéis em diversos contextos, implicando outros tantos estatutos, funções e tipos de interacção com diferentes e, por vezes, antagónicos graus de autonomia (Imaginário, 2004:64).

O ciclo familiar é visto como um sistema que se movimenta, ao longo do tempo, "que incorpora elementos (nascimento, adopção e casamento) e perde membros (só por morte)" (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004:20). Estes ciclos têm sido divididos em estádios definidos, a partir de momentos que constituem acontecimentos normais na vida da família, mas que implicam alterações nas actividades diárias e nas suas interacções (Ribeiro, 1994:66). Estes acontecimentos são denominados crises. Estas podem ser de dois tipos: crise de acesso (quando alguém entra na família) e crise de desmembramento (quando alguém sai) (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004:20). Cada vez mais, a família contemporânea, "vive, durante este percurso, outros acontecimentos como separações, divórcios, novos casamentos, doenças, mortes, os quais complexificam, bastante, o desenvolvimento de cada família, na sua dinâmica de estabilidade/mudança" (Ribeiro, 1994:67). Nesta lógica, ao evoluírem, de uma fase para a outra, do ciclo, passam por momentos de transição. Estas mudanças vão implicar uma reorganização da família.

A família tem que ser vista como "dois sistemas de força", uma vez que esses nos permitem "compreender as regras universais de organização da família" e "ainda as expectativas específicas de cada sistema familiar, cuja origem se perde em anos de negociações explícitas e implícitas" (Alarcão, 2000:51). Este modelo é designado por Minuchin (1979), por "Estrutura", e

definido como “a rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem” (cit. por Alarcão, 2000:52). O sistema familiar organiza-se em unidades sistémico – relacionais denominadas subsistemas. Numa família, podemos encontrar quatro subsistemas: os individuais, conjugais, parentais e os fraternais.

O subsistema individual é constituído pelo indivíduo que, apesar do seu estatuto e papéis familiares, tem também, papéis, noutros sistemas; o conjugal que é formado pelos dois cônjuges; o parental que é constituído pelas mesmas pessoas, mas agora com tarefas executivas, tendo, como objectivo, educar e proteger as gerações mais novas; e ainda o fraternal composto pelos irmãos.

O começo da vida matrimonial implica o desenvolvimento de novos papéis. Para desenvolver uma identidade própria, necessária ao seu crescimento, o subsistema conjugal tem que, permitir, aos cônjuges, articular a sua individualidade e a sua totalidade (Torres, 2002).

Ao contrário do que acontecia na família tradicional, onde o casamento era planeado pelos pais que o viam como um contrato, onde prevaleciam o dinheiro, as propriedades rurais e/ou o reconhecimento social (Skynner & Cleese, 1990:17), actualmente, “o amor e a felicidade tornaram-se centrais.” (Dias, 2004:45). No entanto, esta mudança sociológica traz, como “inconveniente”, o facto de o casamento poder não ser “*até que a morte os separe*”. Na verdade, as relações íntimas ganharam, assim, em intensidade, mas perderam em durabilidade (Fernandes, 1998: 67). Para Saraceno (1997:98)

casar-se por amor, e antes ainda apaixonar-se, por escolha livre e autónoma, fornece assim o código legítimo e consensual da separação e autonomização necessária dos próprios pais e da própria família, constituindo quase um moderno rito de passagem à idade adulta.

A actual Constituição da Republica Portuguesa proclama no seu artigo 36º, nº 3, a igualdade entre os cônjuges, quando nos diz que “os cônjuges têm iguais direitos e deveres quanto à capacidade civil e política e manutenção e educação dos filhos”. Seguindo esta filosofia jurídica, Duarte (1994:97), refere que:

O resultado da igualdade dos sexos no contexto da sua relação familiar é o reconhecimento que tanto o homem como a mulher se reconhecem na conjugalidade em situações funcionalmente não



diferenciadas, não cabendo a um ou a outro um papel específico na coordenação e condução da inter-actividade dos variados elementos e tarefas que compõem a vida familiar.

No entanto, o papel da família tem vindo a sofrer bastantes alterações, uma vez que, por norma, o casal encontra-se ligado a uma vida activa dependente de responsabilidades laborais, provocando, de alguma forma um distanciamento emocional com os restantes membros, que são, frequentemente, os idosos e as crianças (Imaginário, 2002:639).

Esta nova forma de família acaba, de certo modo, por condicionar as relações familiares que, na verdade, são as que os idosos vivem com mais assiduidade e intensidade.

A pessoa idosa deixa de ser o líder não só da família, mas também da vida social e económica. Passa a enfrentar problemas, ao nível da relação familiar, social, de habitação e ocupação.

A redução do núcleo família, a sua dispersão e, por vezes, a sua inexistência, conduzem a pessoa idosa a situações graves de isolamento. A Velhice não tem que ser, necessariamente, um tempo de isolamento, de submissão, de resignação.

Não obstante, não esqueçamos que, em termos históricos, não há notícia de pessoas que, em número tão expressivo, viveram tanto tempo. Os avanços da medicina levaram-nos a criar expectativas de mais vida. Porém, como reagirá a sociedade e como a colocará dentro da estrutura social que privilegia e valoriza a juventude?

Toda a ambivalência surge quando se faz uma prospecção, no contexto social, onde os idosos, sujeitos a uma contradição, podem sentir-se incluídos e, ao mesmo tempo, excluídos, o que os impede de dar um sentido à sua própria vida (Lipovetsky, 1989).

Todavia, tradicionalmente, devemos considerar a família

qualquer que seja a sua forma ou a sua organização, é reconhecida como uma célula fundamental da sociedade, insubstituível em muitas das suas funções (...) é um lugar de encontro, de diálogo, de aprender a amar e a ser solidária entre as várias gerações (Ribeiro, 1995:94).

Como já referimos, não podemos ver a família como a soma das suas individualidades, temos antes que a observar as suas interacções, tendo em

vista o seu desenvolvimento como um todo. As interações organizam-se em “sequências repetitivas de trocas verbais e não verbais, que se vão construindo no dia-a-dia familiar, como resultado de adaptações recíprocas, implícitas e explícitas, entre os seus elementos” (Alarcão, 2000:51). Estas sequências são denominadas por Minuchim (1979) padrões transaccionais, os quais, não só regulam as trocas afectivas, comportamentais e cognitivas, como também especificam papéis particulares.

Na manutenção destes padrões, existem dois sistemas de força, em que um compreende as regras universais de organização familiar (hierarquia de poder entre pais e filhos e a complementaridade entre marido e mulher) e outro que compreende as “expectativas específicas de cada sistema familiar, cuja origem se perde em anos de negociações explícitas e implícitas, muitas vezes, já esquecidas” (Ibidem).

De acordo com Stanhope (1999), as funções da família têm que ter em conta dois objectivos: ao nível interno (protecção psicossocial dos seus membros) e ao nível externo (transmissão de normas e costumes da cultura onde está inserido), que, segundo Minuchim (1990), deve garantir uma referência para os seus membros.

Para Fontaine (2000), as funções da família podem ser vistas ao nível biológico, social e psicológico e sempre interligadas. A função biológica deve ter em conta o cuidado indispensável à sobrevivência dos seus membros. As sociais e psicológicas são as relações afectivas de apoio e preparação para o exercício da cidadania, transmissão de hábitos e valores para uma inserção saudável na sociedade que o rodeia. Ainda, ao nível social, a família tem de se “assumir (...) como sujeito da política social e não como destinatário passivo de assistência. Não há solidariedade nacional sem solidariedade social. Não há solidariedade social sem solidariedade geracional. Não há solidariedade geracional sem solidariedade familiar” (Félix, 1994:19).

Pese embora tal facto, muitas vezes a família tem vindo a ignorar as suas funções, tais como o afecto, segurança e aceitação pessoal, educação e socialização, lazer e afirmação do status (Cruz, 1999).

Não nos esqueçamos que, cada vez mais, nesta sociedade individualista, a hipótese de que o ambiente familiar, pelas suas ligações afectivas, protegeria os seus membros mais vulneráveis, tem-se mostrado

bastante frágil, dado que muitos idosos sofrem, no seio da família, para além da solidão, de violência física, psicológica, sexual, económico/financeira e a negligência. Uma das mais comuns é a financeira, bem como a falta de atenção às necessidades do idoso, atingindo o seu auge no abandono. O idoso submete-se a tudo isto, por se sentir um “fardo” para os seus familiares (Lipovtsky, 1989).

Actualmente, existem organizações privadas e públicas que substituem a família nas suas funções. Contudo, o papel da família continua a ser bastante importante, pois existem funções que as organizações não conseguem satisfazer.

Assim sendo, a família como instituição, deve receber uma atenção prioritária, quer por parte dos governantes, quer por parte das organizações nacionais. A família tem que ser ajudada, porque o Estado de Providência não vem conseguindo resolver o problema dos idosos. É, segundo Cirne (1995: 77):

Uma crise económica, motivada pelo progressivo aumento dos impostos e pela crescente quotização social, com vista a fazer face aos encargos decorrentes dos elevados custos com as políticas sociais, dado o excessivo protagonismo exercido pelo Estado neste domínio, designadamente na direcção dos serviços colectivos e na regulamentação das próprias relações sociais.

Em nosso entender, é, precisamente, desta situação de crise que emerge a necessidade do recurso, cada vez maior, à resposta social, no que diz respeito às políticas sociais, relativas aos idosos. É desejável que se criem políticas sociais que contribuam para a uniformidade e segurança familiar, não esquecendo que política familiar é respeitar a identidade da família.

De acordo com Madeira (1996:7),

Associada às famílias e assumindo uma forma de sociabilidade baseada numa certa “consciência do nós”, surge a comunidade como o espaço/tempo criador da vida colectiva das redes de relacionamento, da partilha dos problemas e necessidades e da construção de laços entre as pessoas e famílias.

Neste contexto, estabelecem-se as interfaces: pessoa, família e comunidade.

É indiscutível que a pessoa necessita de uma e de outra para se identificar e para se desenvolver, como ser social.

No entanto, as redes familiares e comunitárias, através das quais a solidariedade informal (familiar, vizinhos e amigos) se estabelece e

comunicava de modo horizontal, mostraram tendência para perder terreno a favor da solidariedade formal (instituições de apoio). Das relações pessoais indivíduo/indivíduo, indivíduo/ família ou indivíduo/comunidade tendem a prevalecer as relações indivíduo/Estado.

As baixas taxas de fecundidade tiveram, como consequência, a redução das famílias numerosas, que afectarão os cuidados que os filhos prestarão aos pais. A diminuição dos cuidados tem a ver com a crescente emancipação da mulher (filha) e da sua maior participação na vida activa, o que a deixa menos disponível para prestar assistência a familiares mais idosos. Esta redução faz com que aumente o número de famílias, pois a família conjugal neo – local, tanto se propaga entre os casais novos, como entre os idosos, que optam por ter uma casa própria, perto da dos seus filhos (Saraceno, 1997). Tendo em conta este ponto de vista, a diminuição das famílias numerosas marca uma mudança no

ciclo de vida familiar, na fase de formação de um novo núcleo, como na fase de conclusão do núcleo idoso: mais casais iniciam a sua vida familiar sozinhos, do ponto de vista da convivência, e mais idosos terminam a sua história familiar e pessoal vivendo por conta própria (Idem: 42-43).

Viver ou não com familiares e sentir-se feliz por isso, depende muito da idade do idoso, da sua saúde física e psíquica, das suas condições económicas e da família e das expectativas de uns e de outros (Oliveira, 2005).

É importante destacar que muitos idosos não querem ser dependentes dos seus familiares, o que retarda a prestação desses cuidados. Por vezes, os familiares realizam os cuidados, de forma imprópria, ineficaz, ou não os realizam, visto que não se encontram preparados, ou estão sobrecarregados para efectuarem essa responsabilidade (Caldas, 2004). Neste sentido, os idosos podem ser vítimas de abusos e de maus-tratos.

A prestação de cuidados ao idoso repercute-se, normalmente, ao nível do relacionamento familiar.

Fernandes (1997) no que respeita às relações familiares, referiu ser regular a proximidade residencial entre pais, filhos e netos e ainda que uma das características detectadas, na ajuda familiar, é a “matrilinearidade”, concluindo que “a instituição familiar ainda é o garante de solidariedade necessária aos ascendentes, em situação de velhice” (Idem: 168).

De acordo com Sousa, Figueiredo & Cerqueira, (2004), as dinâmicas familiares sofrem modificações, desestabilizando e afastando as relações de poder, de subordinação e de privacidade. Os cuidados pessoais vão exigir profundas reconstruções no relacionamento, uma vez que a dependência implica uma nova percepção de si e do outro, em todos os elementos do grupo familiar. Implica, por um lado, que o idoso não possa fazer aquilo que sempre foi ele a fazer e, por outro, que o cuidador tenha que fazer ao idoso aquilo que sempre o viu a fazer, alterando, assim, as relações de poder. Se o cuidador for o cônjuge, esta situação pode assumir contornos menos embaraçosos, pois já existia uma relação de intimidade. Contudo, para outros elementos (filhos), esta relação terá de ser construída, pois a dependência vai interferir na esfera pessoal e íntima do idoso (Ibidem).

Pimentel (2005), por sua vez, salienta esta rede de solidariedade, referindo a falta de disponibilidade real por parte das mulheres, o que condiciona as redes de entajuda primárias, pois estas desempenham numerosos papéis, como mãe, esposa, dona de casa e empregada. Com estas limitações por parte das mulheres e a não participação dos homens no apoio aos mais dependentes, o recurso a instituições exteriores à família é uma via, quando os de mais idade deixam de ser independentes e não há condições de resposta por parte da família, especificamente, das suas mulheres.

Hespanha (2000), também menciona a sobrecarga de trabalho que recai sobre a mulher, nomeadamente nos meios rurais, em que acumula as tarefas domésticas com o trabalho no campo e com funções de protecção, “despendendo muita energia física e psíquica para responder às exigências crescentes que lhe impõem a situação actual da família” (Idem:216).

É assim necessário reflectir que, embora as orientações ao nível político, sejam no sentido de os idosos receberem a assistência da família, não poderá garantir-se um cuidado de qualidade.

É importante ainda salientar que, nas famílias de hoje, razões de ordem económica levam a uma divisão, entre a vida privada e a profissional (Áries & Duby, 1991), o que não acontecia com alguns dos nossos idosos que faziam da sua esfera doméstica o seu local de trabalho. O objectivo das mulheres consistia, em ficar em casa e dedicar-se à vida doméstica, pois trabalhar, fora de casa “era sinal de uma classe pobre e desprezada” (Idem: 40). A inversão

de tal mentalidade se verificou, a seguir, uma das principais mudanças do século XX. O trabalho doméstico, passa a ser visto como um sinal de subordinação masculina, enquanto que o trabalhar fora de casa, se torna um sinal de libertação para as mulheres.

Esta situação terá, como consequência, uma maior intervenção do Estado, pois a família já não está disponível, como antes, para tomar conta dos seus idosos. Nomeadamente a procura dos Serviços de Saúde exigirá uma resposta mais ampla e mais específica da Segurança Social. Sente-se uma exigente necessidade de articulação entre o apoio, dado pelas instituições informais e pelo das formais. Ora, para que haja dicotomia entre estes paradigmas, estamos convictos que há uma grande necessidade de reflectir sobre o seu futuro.

Em geral, são as mulheres que prestam estes serviços. Um papel “inscrito socialmente no papel de mãe” (Caldas, 2004:45). A sobrecarga física, emocional e económica é bastante elevada. Seria fundamental que o profissional de saúde treinasse o familiar e supervisionasse a sua execução, até que o cuidador se sentisse seguro para assumir, sozinho, o cuidado. A família deveria ainda ser preparada para lidar com sentimentos de culpa, frustrações, depressão, raiva e outros que acompanham a responsabilidade do cuidado. É importante também salientar que, frequentemente, é o cônjuge, também idoso, que trata do dependente. O papel do cuidador familiar não é reconhecido ao nível legal, sendo este é encarado como um dever da família (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). O dever moral e social surge como factor bastante importante, no apoio familiar aos idosos. Ao nível moral, “pode assumir diversas formas e ter variadas origens, nomeadamente, dar em troca, não se sentir culpado, cumprir uma promessa feita.” Por outro lado, o dever social implica que os familiares se sintam menosprezados aos olhos de estranhos se não tomarem conta dos seus idosos dependentes e se sintam valorizados se o fizerem (Idem). Quando se trata de cônjuges a prestar cuidados, entre si, verificamos que existe uma solidariedade conjugal, uma vez que se casaram para o melhor e para o pior, na saúde e na doença. Esta motivação está associada ao Cristianismo e a princípios como o do amor ao próximo e o da ajuda aos outros. No entanto, nem todos se envolvem de uma

maneira desinteressada. Muitos esperam receber, em troca, uma recompensa material (heranças).

Devido a estas transformações, a estrutura familiar e social sente, cada vez mais, a noção de que não consegue resolver os problemas que se colocam aos idosos e, por isso, necessita de recorrer aos serviços disponibilizados, tanto por instituições privadas como estatais.

Tendo a percepção de que já não consegue satisfazer as necessidades dos seus membros, nomeadamente as dos idosos, quer as necessidades físicas (alimentação, habitação, cuidados de saúde), quer as psíquicas (auto – estima, afecto, equilíbrio), quer as sociais (identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo) recorre, por norma, ao Serviço de Apoio ao Domicílio. Existindo a ideia de que institucionalizar o idoso é abandoná-lo, a sua entrada nos lares será a última opção. Os lares suscitam a imagem da incapacidade familiar, enquanto que o Serviço de Apoio Domiciliário possibilita ao idoso a permanência num ambiente familiar e confortável, onde poderá, dentro das suas possibilidades, rentabilizar o controlo da sua vida (Stone, 2001).

Vivemos numa sociedade de consumo que se rege por valores materiais, onde o seu principal objectivo é a rentabilização da produção, privilegiando as pessoas activas. Ora, neste contexto, o idoso, sem autonomia, é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição, produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. E, como já foi referido, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, a pessoa idosa se isole, visto que, na lógica da produção capitalista de obtenção do lucro, o idoso é visto como aquele que já perdeu as suas capacidades de trabalho, rentabilização e eficácia. Os pais idosos ajudam, economicamente, os seus filhos e/ou netos. Uns e outros, devido à falta de emprego e à crise matrimonial, originam cada vez mais uma relação intergeracional que, muitas vezes, é conflituosa, devido à incompatibilidade de objectivos, de parte a parte.

Porém, não podemos esquecer que certas famílias optam por ter os idosos em casa, apenas enquanto estes lhes são úteis. O mesmo se passa com alguns casais idosos, que vivem na mesma casa, muitas vezes, por conveniência e não por amor ou até respeito. Não obstante, esta situação não é sinónima de qualidade de vida; tal como ocorre com as mulheres e as crianças, a violência contra os idosos, ocorre no seio da família. E, por isso, os

maus-tratos contra os idosos passaram a ser reconhecidos como violência doméstica.

É necessário estimular a família para que esta tome consciência da sua responsabilidade para com as suas pessoas idosas e reconheça o papel importante que estas têm na coesão social e familiar. A família é, em nosso entender, um grupo insubstituível, no qual o idoso deve permanecer o mais tempo possível, pois ajuda-o a manter a sua auto – estima.



*“Não sei, eu sei que ele chegou a casa e disse: “Eu tenho os olhos abertos e bem abertos” e eu disse: “ é melhor abertos que fechados”. Depois foram os meus filhos embora e toca a mandar os tiros”.*

*Marília, 75 anos, empregada doméstica*

### Percurso Biográfico

Marília (nome fictício) nasceu numa pequena freguesia rural do Concelho de Oliveira de Azeméis, há 75 anos. A mãe era lavradeira e o pai era pedreiro. Marília foi um dos 7 filhos do casal que se viu forçada a trabalhar, desde muito nova, após a morte do seu pai: *“Eu era pequena, teria praí os meus 7 anos, 8 anos. Por aí assim. Não tinha nada, era pequenita”.*

Marília não frequentou a escola, devido a problemas financeiros. Aos 15 anos, acabou por se mudar para a casa de lavradores e separar-se da sua mãe e irmãos. Marília foi servir e lembra que: *“Eu depois fui servir e os meus irmãos mais velhos foram trabalhar, os mais novos ficaram (...) eu é que, naquele tempo, não era obrigada e a minha falecida mãe não tinha dinheiro e só pôs os mais velhos na escola, mas eles também não aprenderam nada”.* Marília mostra-se bem disposta, quando lembra o bom relacionamento entre os pais, durante a sua infância: *“Naquela altura, o meu pai não podia trazer a minha mãe ao colo, porque não podia com ela”.*

### A vida conjugal e os maus-tratos

Marília conheceu o seu marido na casa de lavradores, onde trabalhou durante 7 anos. Marília diz que conheceu o seu marido (que é mais novo que ela 2 anos), porque era irmão de um cunhado dela e morava numa freguesia vizinha. Começou a namorar com 20 anos de idade, durante 7 anos. Marília começou a trabalhar *“no campo, mas*

***depois é que tanto andava a fazer limpezas como andava fora aos meios-dias. Era conforme me mandavam fazer o trabalho, consoante eu ia trabalhar.”***

Aos 27 anos, casou pela Igreja. No período de namoro, o casal nunca teve desavenças, contudo, depois de se casarem, os maus-tratos psicológicos e emocionais emergiram e foram-se agravando, até chegar a um triste e grave momento de agressão física.

O marido trabalhava, tivesse como profissão trolha, mas não demonstrava muita vontade de trabalhar; faltava muitas vezes ao trabalho e, por isso, não ganhava o suficiente para dar o sustento à família. Segundo Marília, ***“ele ia, quando os patrões precisavam dele, ele queria andar à vontade dele, de baixa... ele nunca foi muito amigo de trabalhar (...) ele dizia que só ia trabalhar, quando queria, era só de semana a semana e ele ia trabalhar 3 ou 4 dias por semana e o resto vinha pra casa”***.

As dificuldades financeiras foram-se agravando, quando começaram a nascer os 7 filhos do casal.

O marido ***“ia trabalhar e chegava tarde a casa (...) às 2 horas, 3 horas, 4 horas da manhã, consoante ele lhe dava na cabeça”***. Marília desconhecia o paradeiro do marido, quando este saía de casa, mas sabia que: ***“não tinha jeito ele vir àquela hora, a obrigação dele era ele trabalhar de dia e vir directo a casa (...) pra junto dos filhos”***.

As desavenças do casal começaram a partir daqui, pois o facto de o marido de Marília ser um pai e um marido ausente, levou a que esta se defendesse com a única “arma” que possuía: ***“ralhar com ele (...) pregar”***. De início o marido não ligava ao que Marília dizia, mas com o passar do tempo começou a tratá-la com actos de violência psicológica e emocional: ***“Bater nunca me bateu, só chamava nomes! (...) era o piorio (...) vinha pra casa quando queria”***.

Este tipo de violência passava-se em qualquer contexto: na rua, em casa de familiares e vizinhos, em casa do casal e em frente de “quem fosse”. Os familiares: ***“claro a família dizia que eu não merecia que ele me***

*tratasse assim daquela maneira e ele desprezava. Quando pudesse chamar, era à frente do pai, da mãe (...) ele lá nisso nunca respeitava ninguém e se pudesse era a mesma coisa”.*

*“Bater nos filhos não batia mas chamar muitos nomes ele chamava (...) ele pregava com os meus filhos, muitas vezes, pregavam com ele pra não me chamar tantos nomes”, quando estava grávida também “era sempre a mesma coisa”.*

A biografada nunca encobriu os maus-tratos de que era vítima às pessoas mais próximas: *“Eu dizia: Esta noite o meu marido vinha bêbedo que nem um cacho! (...) e elas diziam: “Ó mulher, deixe-o falar, não ligue que você já sabe que quanto mais ligar pior é (...)”.* Ela justifica as reacções violentas do marido, devido ao facto de lhe chamar à atenção em relação ao trabalho e dinheiro, mas, também, refere o problema do alcoolismo e de relações extraconjugais que o seu marido mantinha: *“ (...) ele andava com certeza com amigas (...) ele nunca me disse que tinha amigas, eu não via, mas desconfiava (...) Era quanto havia, mas olhe que não ficava nenhuma coisa atrás, era tudo, tudo, tudo, tudo (...) Era do piorio (...) ele não chamava nomes nem chamava nada, ia prá cama e era normal. Agora, quando vinha com um bocado de vinho... se eu dissesse alguma coisa era logo”.*

Marília pensou muitas vezes em abandonar o marido, mas não o fazia, porque tinha medo dele e os filhos ainda eram muito pequenos. *“Eu dizia que não era igual a ele. Outras vezes não chamava porque tinha medo que ele me desse uma carga de lenha (...) os meus filhos pequenos e precisava dele, até que quando ele me fez aquilo dos tiros eu não estava mais a mais ele”.*

Hoje sente que o seu casamento foi carregado de tristezas que se agravaram com a morte de dois filhos e com um acto gravíssimo de violência física do seu marido para com ela: dois tiros!

Marília não se lembra, ao certo, da data, mas lembra-se muito bem do momento em que o seu marido lhe deu dois tiros sem esta se aperceber, isto porque o marido tinha, em sua posse, uma caçadeira para

a caça e lhe dissera: *“vou matar dois pombos bravos”*. Marília conta que: *“ (...) comprei dois porcos pequenos (...) criei-os e depois vi aqueles que já se haviam de comer e disse à minha canalha (...) nós vamos matar os porcos, porque eu não tenho dinheiro nenhum e o teu pai não dá dinheiro nenhum e não posso ter aqui assim os porcos, nós vamos ter que os comer!”* (...) *“opois foi e, depois de desmanchar os porcos eu tinha um filho meu que disse: ”Ó mãe, você podia-me vender carne dos porcos para mim!”* e nisto eu dei-lhe carne e ele foi embora à vida dele. Nisso, o meu homem que saiu, chegou a casa e disse assim: *“Eu tenho os olhos bem abertos! Tu destes carne!”* e eu disse : *“É bom sinal que tens os olhos bem abertos, é melhor tê-los abertos que fechados!”* E ele começou pra lá a mandar vir e eu comecei a pregar com ele e tinha um filho meu que foi lá a casa e disse: *“Estás sempre a mandar vir!”* e eu disse: *“Pois, o teu pai não faz trabalho nenhum, não faz nada e ainda vem gozar comigo e eu estou farta de trabalhar”* (...) *Depois chegou a minha filha e (...) foi embora e ele foi (marido) e foi lá dentro onde tinha a espingarda e carregou a espingarda! Mas como era dia de caça eu não liguei... deixa-o ir (...) e virou-se para trás e mandou-me dois tiros. Um passou por aqui acima (zona abdominal) e outro aqui na coxa”*.

Marília diz que, se soubesse deste acto, ter-lhe-ia retirado a espingarda ou, então, fugido dele. Apesar de tudo, o acto de coragem dela foi superior, quando mandou chamar um filho para a socorrer e pediu a uma vizinha para telefonar à polícia. Denunciou o marido à polícia, que o procurara por toda a região vizinha, visto que «andou fugido».

Marília permanecera no Hospital, durante 3 semanas e depois, foi para casa de uma filha. Apesar de tudo o que aconteceu, retirou a queixa, em relação ao marido, que já tinha sido encontrado pela polícia, alegadamente ter ainda tinha filhos menores que precisavam dos pais.

Depois deste grave acto de violência, Marília ainda hesitou em voltar para junto do marido: *“e se ele me faz pior? Como é? Eu desta vez ainda tive quem me ajudasse a socorrer, mas opois lá não tenho ninguém!”* mas, ao falar com o advogado, ele disse: *“vá descansada que*

***ele não lhe volta a tocar! Você pode pregar o que quiser que ele nunca mais lhe torna a tocar, que ele está arrependido e bem arrependido de tudo”. E depois eu disse: “Então, se ele não me volta a tocar (...).”***

A partir daqui, diz que o seu marido nunca mais a agrediu, fisicamente. ***“Ele hoje já não me chama nomes, porque já está velho e não pode, tem bronquite, próstata (...) e os filhos também andam sempre a pregar com ele”,*** mas, por fim, acaba por referir que: ***“Às vezes diz algumas asneiras quando está mal disposto e assim”.***

Marília ainda continua a mostrar muito receio em relação à sua vida conjugal e diz que, se tivesse conhecimento de actos violentos entre filhos/ noras e filhas/genros não aceitaria: ***“Tem que haver respeito da mulher para o homem e não só do homem para a mulher”.***

#### **Um casamento triste... até ao fim**

O casamento não traz felicidade a Marília, mas a sua relação com os filhos é compensadora, pois sempre a apoiaram: ***“ (...) ele pregava, os meus filhos, muitas vezes, pregavam com ele pra não me chamar tantos nomes (...) Começavam a pregar de porquê que ele não tinha vergonha de estar a chamar-me nomes que ficava mal pra ele”.*** Hoje, Marília vive com o seu marido e usufruem ambos do Serviço de Apoio Domiciliário. Vai, diariamente, à fisioterapia e (respirando de alívio) diz ***“felizmente, os fins-de-semana são passados na casa dos meus filhos”.***

Infelizmente, a saúde de Marília não é a melhor, estando confinada a cadeira de rodas, há dois anos, devido à osteoporose.

*As políticas sociais dirigidas à terceira idade são essenciais em sociedades envelhecidas ou em sociedades em vias de envelhecimento, como é o caso de Portugal.*

*(Martin, et al., 2007:131)*

## **CAPÍTULO 2: AS POLÍTICAS SOCIAIS EM PORTUGAL**

### **1. A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS**

As políticas sociais são uma aquisição recente das sociedades capitalistas. Iniciaram-se na Europa nos finais do século XIX e surgem como tradução dos direitos sociais. São, em regra, desenvolvidas pelo Estado, tendo em vista a realização das prestações materiais e individuais a que os cidadãos tenham direito (Carreira, 1996: 37).

A estrutura social pressupõe a existência de uma ordem social que é determinada em função da relação que o indivíduo estabelece com a sociedade, e pela dimensão real do lugar que o mesmo ocupa nela.

Segundo as teses clássicas que abordam as questões relativas à solidariedade social do Homem, esta sempre existiu. A sua origem encontra-se nas sociedades primitivas, intervindo com base no processo natural da ajuda mútua, de forma não estruturada, espontânea e pragmática.

De acordo com Mouro (1990:8):

A alteração no seu conteúdo epistemológico, assim como a reestruturação da sua dimensão formal e informal, deve-se em suma às mudanças estruturais do sistema económico, com a consequente legitimação da sociedade de classes e da divisão social da propriedade.

Se recuarmos na história verificamos, por exemplo, que na Idade Média, surge a ideia do auxílio, fundamentado no dever moral da sociedade em manifestar a sua solidariedade para com os seus membros. Esta nova relação social permite não só a difusão reforçada do espírito de caridade, mas também

a organização e a mobilização de meios para assegurar a adaptação social. Nesta altura, surgem as Confrarias Laicas e as Corporações de Artes e Ofícios. Ambas desempenham um papel importante na construção de um novo modelo de ajuda social e de uma nova concepção social de solidariedade, visto que o seu objectivo prioritário era a transmissão de um novo entendimento e enquadramento do papel do indivíduo na sociedade.

Na realidade, “este plano de acção social tem como característica o conhecimento dos problemas sociais e a convergência entre os interesses e as aspirações de todas as entidades, envolvidas no processo de reprodução social.” (Ibidem)

A Igreja Católica, durante vários séculos (e até ao século XIX), foi a principal motora na protecção social. Entre muitas coisas, praticava a caridade através das esmolas, como uma das vias de redenção dos pecados (Carreira, 1996). Devido a isto e até ao final do século XVIII, na Europa, não havia qualquer tipo de protecção social pública para a velhice, mas, com as alterações estruturais, originadas pela Revolução Industrial, no início do século XIX, até meados do século XX, fizeram com que as instituições estatais existentes de beneficência repartissem esta função. Segundo Mouro (1990:10) “quebra-se a partir de então, o quadro de unidade em que a ajuda social foi envolvida durante séculos, dando lugar a uma desagregação nas políticas sociais fundadas na dominação religiosa.”

Em 1883, na Alemanha de Bismark, foram criados os seguros sociais obrigatórios. A velhice era assumida como um assunto do foro privado se existissem condições de apoio familiar e capacidade económica para com o idoso. Porém, caso deixasse de ter forças para trabalhar, era considerado indigente (Martin-Fugier, 1990:255-256).

Em França, durante o século XIX e princípio do século XX, a velhice não tinha visibilidade pública e, por esse motivo, Guillemard (1980:19) denominou-a *velhice invisível*. A subsistência e o apoio aos idosos era um problema do foro doméstico. Quando não existia resposta familiar ou das redes de vizinhança a situações de grave carência, os idosos ficavam ao encargo de instituições de Assistência. Como nos refere Fernandes (1997:127) “até esta altura a velhice havia permanecido relativamente invisível”.

A sua situação ambígua levava à indefinição acerca das instituições que deveriam receber idosos operários. (Ibidem)

No Congresso Internacional de Assistência Pública, de Paris, em 1889, foram fixados os princípios fundamentais, onde foi designado que a

assistência social cabe às entidades públicas; é considerada no quadro territorial mais próximo do interessado; a participação financeira do Estado deve ser muito limitada; assistência destina-se apenas a indivíduos sem recursos, que podem trabalhar e é subsidiária de outras ajudas, nomeadamente da família (Carreira, 1996:57).

Com o evoluir das formas pré-capitalistas da produção, para relações capitalistas, assiste-se a um crescimento gradual do operariado e a um desenvolvimento das linhas de orientação do liberalismo, baseadas no direito à propriedade privada, à liberdade de expressão e à igualdade de direitos.

Neste quadro, as populações viam-se obrigadas a associar-se para minimizar as dificuldades por que passavam.

### **1.1- A realidade Portuguesa**

Não é nosso objectivo fazer uma análise histórica exaustiva, mas antes assinalar os grandes momentos das políticas sociais portuguesas que conduziram à constituição dos primeiros regimes de reforma e, posteriormente, à sua generalização a toda a população, a partir de uma certa idade.

Portugal oitocentista caracterizava-se, economicamente, pelo predomínio do sector agrícola, sendo que a industrialização foi “um fenómeno lento e tardio” (Mónica, 1987:822). Apesar do grande atraso no processo de industrialização, o país, entre os anos de 1873 e 1876, apresentou um grande progresso económico (Leite, 1996:394).

A indústria situava-se, sobretudo, em Lisboa e Porto, seguindo-se-lhe Covilhã, Braga, Aveiro, Portalegre e Tomar (Martins, 1997:489). No resto do país, encontrava-se a pequena indústria e as oficinas artesanais (Cabral, 1988: 80-83). Por norma, os operários eram analfabetos e sem qualquer tipo de qualificação. A maioria vivia em condições degradantes (Mónica, 1987:211).

Entre os anos de 1870 e 1900, os operários revoltam-se e promovem greves, no dizer de Tengarrinha (1983:76) com o intuito de lutar por:



condições essenciais de sobrevivência: pela elevação dos salários que não eram suficientes para assegurar a subsistência (caso dos têxteis), pela melhoria das condições de trabalho, que cedo lhe provocavam doenças mortais (caso dos tabaqueiros), contra os esgotantes horários de trabalho (que chegavam a ultrapassar as 14 horas diárias), contra a mendicidade.

Nos finais do século XIX, aumentavam as tensões sociais, motivadas pelas sucessivas crises políticas e económicas.

Devido à precariedade do trabalho, bem como a inexistência de uma protecção social adequada, em Portugal, o número de pobres e mendigos era assustadoramente elevado. A “salvação” desta gente estava na caridade particular e, como refere Lopes (1994:503) “à beneficência pública oitocentista não corresponde qualquer direito individual”.

Já antes, em 1835, iniciou-se a Assistência Pública, com a criação do Conselho Geral de Beneficência, embora, no dizer de Maia (1985:20), a Fundação da Casa Pia de Lisboa, apenas em 1870, possa ser vista como o embrião da assistência social pública.

A partir de 1836 são criados vários estabelecimentos públicos de assistência social (asilos de infância; asilos de mendicidade e asilos para velhos e inválidos, entre outros (Ibidem).

Relativamente aos mendigos, o seu número era elevado e estes viviam em Lisboa, ao lado dos vadios e gente dada ao ócio (Lopes, 2000).

Neste contexto, surgem as Associações de Socorros Mútuos como resposta sentida pelos trabalhadores, aos problemas resultantes da incapacidade de trabalho, que o sistema assistencial da época não cobria.

Em 1839, aparece em Lisboa a primeira Associação de Socorros Mútuos dos Artistas Lisbonenses, com o objectivo de ajudar os seus sócios na doença, invalidez ou morte. Estas associações são inspiradas na forma de funcionamento das Irmandades, Confrarias Laicas e Corporações de Artes e Ofícios mediavais. Era nestas associações que os trabalhadores depositavam as suas angústias e aspirações de classe.

Estas associações integram as comunidades onde se inserem e nascem para dar respostas às dificuldades, alicerçando-se em valores que têm a ver com: solidariedade / fraternidade; independência / autonomia; democracia / cidadania e trabalho voluntário.

A evolução do Movimento Associativo Popular está, intrinsecamente, ligada à evolução sócio – política da própria sociedade portuguesa, pelo que as rupturas políticas influenciam a vida das colectividades e associações.

Para dar conta da importância efectiva da actuação do associativismo, podemos dizer que, entre 1856-1857, a maioria dos portugueses, ao contrário da maioria dos europeus, não foi dizimada pela febre-amarela, devido, em grande parte, às 85 Mutualidades Autónomas de Assistência Social que actuaram prontamente e que, em 1903, já tinham aumentado para 586.

De uma forma mais organizada, a intervenção do Estado Português, para aliviar as situações de pobreza ocorreu depois das instituições particulares de solidariedade social, já em pleno no século XIX.

No período da Regeneração (segunda metade do século XIX), é com muito entusiasmo que se constituem associações de vários tipos: associações de instrução e recreio, de classe, de bombeiros, cooperativas, etc.

Tanto as constituições de 1822, 1838 e 1911, como a Carta Comunitária de 1826, consagram as liberdades e os direitos fundamentais que vigoravam na Europa. Na Carta Social de 1826, são reconhecidos direitos sociais, tais como a garantia de socorros públicos, da instrução primária gratuita, de colégios e universidades para o ensino das ciências, belas artes e letras (Carreira, 1996). Porém, sendo os salários demasiado reduzidos, os operários não tinham grandes hipóteses de contribuir com uma cota fixa para a sua protecção, ainda mais quando essa cota era referente ao futuro: o da reforma. Ora, foi devido a esse factor que, em parte, o sucesso das mutualidades não foi muito eficaz na protecção dos trabalhadores (Maia: 1985:32).

As constantes greves levaram a que o Estado, em 1870, criasse as primeiras reformas de operários do Arsenal da Marinha. Alguns anos mais tarde, em 1886, esta regalia foi alargada a todos os operários dos estabelecimentos fabris estatais (Idem: 34). Em 1887, as empresas criaram caixas de reforma, sendo a primeira a Caixa de Reforma e Pensões da Companhia Real dos Caminhos – de – ferro (Idem: 34-35).

Estas reformas deram origem a que, em 1896, fosse criada uma Caixa Geral de Depósitos e Instituições de Previdência e em 1907, foi criada a Caixa Nacional de Aposentações para as classes operárias e trabalhadoras. No entanto, nenhuma delas chegou a funcionar (Tengarrinha, 1983).

Em 1911, com a República, foi reconhecido que o pauperismo não se resolvia com a assistência e que a mendicidade não se extinguia, por decreto. Só deveria ser combatida, através de uma assistência pública, adequada, aos verdadeiros indigentes. Pretendia-se “desurbanizar parte dos assistidos, colocando-os junto de famílias rurais, de modo a ocupá-los em trabalhos agrícolas” (Idem: 57).

Nesta época, as associações colaboraram, de forma importante, na instrução que era desígnio nacional,

(...) a criação desta escola insere-se num movimento de desenvolvimento da educação popular, ligado a meios operários que e esteve na origem de inúmeras escolas primárias criadas por organizações populares e sindicalistas (Proença, 2002:48).

Com a Implantação da República, assiste-se a uma época de instabilidade política, de constantes lutas ideológicas e de reforço da actividade política da Igreja. O alcance das medidas implementadas nos primeiros tempos da República ficou muito aquém do desejável (Maia, 1985).

Em 1916, é criado o Ministério do Trabalho, para o qual foram passados todos os serviços de assistência e todas as questões da Previdência. Três anos mais tarde, em 1919, surge num contexto de fortes tensões políticas e sociais, a nível internacional, pelo Decreto-Lei n.º 5638/10 de Maio, o Instituto de Seguros Sociais, criando o seguro obrigatório na doença, invalidez e velhice. Esta legislação deveria ter surgido, em princípio, devido às tensões exercidas pela organização dos trabalhadores (Carreira, 1996:61). Porém, tal Decreto-Lei apenas teve efeitos teóricos, uma vez que as dificuldades financeiras e políticas se tornaram intransponíveis.

O Seguro Social é então relegado para um segundo plano e o patronato aproveita para não prestar a colaboração necessária e para fazer com que o processo não evoluísse normalmente.

Com a desvalorização da moeda em 1919 e com o aparecimento da pneumonia e o rescaldo da Primeira Guerra Mundial, criaram-se graves problemas às Mutualidades, tornando-se necessária a intervenção do Estado nessas associações. Perante a incapacidade de resposta das mesmas, vão aparecendo, progressivamente, as Caixas de Pensões e Reforma.

O desenvolvimento destas instituições de Previdência, com o objectivo de ajudar os trabalhadores na idade da reforma, vai contribuir para a

organização de um esquema de Previdência Social, que só virá a ser posto em prática, durante o “Estado Novo”.

No que diz respeito ao “Estado Novo”, toda a política social assentava em três palavras-chave:

- Assistência (amparo);
- Beneficência (serviço que se presta a outrem);
- Previdência (acção de prevenir contra possíveis eventualidades).

Neste período, a política seguida relativamente à velhice, visava não o direito ao repouso, mas antes, a compensação da redução ou perda da capacidade de ganho, resultante da idade.

Segundo o artigo 41º da Constituição da República Portuguesa de 1933, “o Estado promove e favorece as instituições de solidariedade, previdência, corporações e mutualidades”, isto é, o Estado dará todo o apoio àquele tipo de instituições particulares, já existentes, e a outras que, nos mesmos moldes, se criem. Em obediência a este princípio, é publicado, no mesmo ano, o Estatuto do Trabalho Nacional, que consagra dois artigos à Previdência Social na organização corporativa, os quais definem que haverá Caixas ou Instituições de Previdência a constituir, progressivamente, conforme as circunstâncias o forem exigindo. Na verdade, o Estado retrocede e afasta-se dos encargos financeiros. Curiosamente, se, por um lado, o Estado se distancia do plano financeiro, por outro, vai lentamente intervindo no processo de criação da legislação adequada (Fernandes, 1997:111).

Uma das grandes linhas definidoras de previdência social foi a Lei n.º 1884, aprovada em 16 de Março de 1935, que estabelece as bases de previdência social. Esta passa a compreender instituições cooperativas, além das não cooperativas e anteriores a 1933, como as “associações de socorros mútuos, caixas de reforma ou de pensões e instituições de previdência dos serviços do Estado e dos corpos administrativos” (Maia, 1985: 46).

A previdência social passou a integrar instituições que foram agrupadas em quatro categorias; As primeiras instituições são as de base cooperativa: caixas sindicais, casas dos pescadores e casas do povo (Lucena, 1976: 391-395). As outras três estavam ligadas às instituições anteriores a 1933: as caixas de reforma ou providência, ligadas à segunda categoria; as associações de socorros mútuos, ligadas à terceira categoria e, finalmente, as instituições

de previdência dos servidores do Estado e os corpos administrativos, ligados à quarta categoria (Maia, 1985:47).

Esta diversidade de instituições levou Rodrigues (1999:154) a afirmar que se tratava, acima de tudo, de “uma concepção de múltiplos organismos previdenciais, influenciados pela lógica contributiva dos seguros e baseados na vontade mutualista dos interessados”.

Esta Lei n.º 1884, que em matéria de velhice prevê a sustentação de inválidos, incapazes e a protecção de viúvas, sem meios de subsistência, esteve em vigor cerca de 30 anos (até 1961) e foi substituída, nesta data, pela Lei n.º 2115.

Assim sendo e durante todos estes anos e até 1961, “as reformas de velhice eram calculadas tendo, por base, 80% da média dos salários, correspondente a 40 anos de descontos” (Fernandes, 1997:119). Durante este período, “a pensão de velhice não era mais do que uma pequena ajuda, embora na essência, o governo procurasse transformá-la num direito social que abrangesse todos os trabalhadores. (Ibidem).

Convém, no entanto, referir que, em 1944, surge o Estatuto da Assistência Social que, tinha como finalidade, melhorar as condições morais, económicas ou sanitárias dos indivíduos com dificuldades. Reconhece-se que a função assistencial pública é supletiva das iniciativas dos particulares e que ao Estado cabe a função de “orientar, tutelar e favorecer as condições da assistência privada” (Carreira, 1996: 58). Este estatuto previa um inquérito, prévio, para o apuramento do grau de insuficiência económica da família, avaliado pela condição social e pela capacidade de trabalho dos beneficiários.

A aplicação deste Estatuto também não foi positiva, porque vigorou a insuficiência dos níveis de protecção, não se efectivando o princípio da universalidade. Como tal, as actividades de assistência continuaram desordenadas e os estabelecimentos e serviços de assistência continuaram dispersos (Maia, 1985).

Até ao final da década de 60, os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social deste grupo etário era quase inexistente, continuando a ser um assunto essencialmente da esfera doméstica, a denominada *velhice invisível*. Esta

situação deve-se, em parte, à situação de atraso económico e social, que Portugal viveu, desde a década de 30 aos anos 60. Segundo Mónica (1978),

Coexistiam uma agricultura tradicional, com baixos índices de produção e produtividade, uma indústria dominada pelos sectores tradicionais de baixa tecnologia, pouca especialização e reduzido capital, dispersão empresarial, predomínio artesanal, oficial e de pequenas empresas e quase diminuto sector de serviços modernos.

Relativamente aos idosos, ligados à protecção social, a Lei n.º 2115 nada alterou os princípios emanados pela Lei n.º 1884.

No Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Providência, de 1963, foi dito que “os conceitos mais frequentemente adoptados” sobre o carácter e fundamento das pensões de velhice foram “invalidez presumida, salário diferido, direito ao repouso, solidariedade nacional (...) parecendo, todavia, dever pôr-se o acento tónico no elemento invalidez presumida” (Regulamento das Caixas Sindicais de Providência, 1963:903).

Neste Regulamento vinha definido que a protecção contra a velhice deveria ser realizada, como era na vigência da Lei n.º 1884, através “ de pensões vitalícias de reforma (...) uma vez que o risco coberto é a sobrevivência para além de certa idade e sem limite de tempo”. Relativamente à pensão de reforma por velhice, estas foram consideradas de “carácter de pensões alimentícias, não podendo ser cedidas a terceiros nem penhoradas” (Idem: 907).

A este propósito, Fernandes (1997) chama a atenção para o facto dos montantes das reformas por velhice serem muito reduzidos, o que levava as pessoas idosas a passar necessidades. O idoso continuava a precisar do apoio da família ou das redes de vizinhança.

Em 1969, realizou-se, em Portugal, o “Seminário *Política para a Terceira Idade*” tendo como objectivo definir a política para esta fase da vida. Surgiu, então, a necessidade de intervenção pública, de forma a minorar as deficiências provenientes de uma política de reformas ineficazes e insuficientes. A proposta passava por promover a criação de instituições de apoio, “de modo a libertar os reformados da necessidade e do risco que aparece associado a esta fase da vida” (Idem: 144) Nesta altura, a palavra de ordem era a prevenção, de modo a retardar o surgimento das dependências,

resultantes do envelhecimento biológico. Como forma de retardar a dependência, integrava-se o idoso no seu meio (Guillemard, 1986).

Em 1971 foi criado o serviço de *Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos*, que veio substituir o *Instituto de Assistência aos Inválidos* (Quaresma, 1988). Segundo Fernandes (1997), a substituição do termo Inválidos por Diminuídos e Idosos, denota que o assistencialismo não foi posto de parte, mas sugere a sua intervenção numa categoria social específica.

Só em 1971, com o Decreto - Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, se cria, pela primeira vez, um departamento responsável pelo estudo e procura de soluções para os problemas da população idosa.

Em 1973, o Ministro Baltasar Rebelo de Sousa tentou reformar e actualizar o sistema de Segurança Social em Portugal. Um dos indicadores da mudança, segundo Maia (1979) foi a linguagem que passou a ser utilizada em discursos e documentos oficiais, uma linguagem que traduzia uma mudança na concepção acerca do que se pretendia. O que se pretendia era um sistema de Segurança Social e não o de Previdência Social que vigorava, desde 1933.

A nova concepção de Segurança Social implementada era próxima da concepção de Segurança Social que muitos países europeus implementaram, a seguir à segunda guerra mundial. Esta nova segurança social não privilegiava

no indivíduo a sua qualidade de trabalhador que aspira à salvaguarda do rendimento que provém do seu trabalho. Trata-se, antes, de reconhecer em cada pessoa a sua qualidade de membro da sociedade, daqui decorrendo o fundamento da segurança social como sistema de garantia de um mínimo vital, segundo princípios de generalidade e uniformidade. (Maia, 1979:3).

Mas a mudança do Sistema de Previdência Social só ocorrerá, a partir de 1974, depois do 25 de Abril e não, de uma forma imediata.

Mais tarde, em 1976 a Constituição da República Portuguesa consagra, no artigo 63º, o princípio de que todos têm direito à Segurança Social e explicita, pela primeira vez, a obrigatoriedade da definição de uma política referente ao idoso, no seu artigo 72º, segundo o qual o Estado deve promover leis que garantam a segurança económica das pessoas idosas, que lhes proporcionem condições de habitação, convívio familiar e comunitário, que evitem e superem o isolamento ou marginalização social destes, oferecendo-

lhes a oportunidade de criarem e desenvolverem formas de realização social através de uma participação activa na vida da comunidade.

A população organizada nas suas associações conseguiu resistir ao período de falta de liberdade e democracia. Muitos homens e mulheres pela conquista da liberdade, vieram a ocupar funções públicas de relevo na sociedade democrática instituída pelo 25 de Abril de 1974.

Barreto, (1996:47), diz-nos que:

Com a revolução de 1974 e a fundação do regime democrático, a Segurança Social teve uma evolução aceleradíssima, através do alargamento do âmbito, da integração de novos beneficiários e da diversificação das prestações. Em 1980/81 o número de beneficiários do Regime Geral era quatro vezes superior ao de 1970 (...). Em certo sentido poder-se-á dizer que a Segurança Social Portuguesa foi criada e consolidada durante estes anos (...), pode afirmar-se que a partir dos anos 80, toda a gente está incluída na Segurança Social.

Podemos verificar que a alteração política de 1974 deu prioridade a políticas sociais com especial atenção à população mais carenciada (Rodrigues, 2002). A expansão do sistema integrado de segurança social, previa duas áreas, a assistência e a previdência (Idem: 268). Dos objectivos inscritos na reforma económica e social, entre 1974 e 1976 podemos traduzi-los em medidas, tais como:

- Atribuição da Pensão Social a pessoas com mais de 65 anos ou inválidos que estejam inscritos no Instituto da Família e Acção Social e na Misericórdia de Lisboa. Esta pensão destinava-se a substituir o subsídio de assistência, conforme o decreto-lei n.º 217/74, de 27 de Maio.

- Criação do Salário mínimo;

- Concessão do 13º mês aos pensionistas da reforma de Invalidez, Velhice e Sobrevivência;

- Aumento das pensões mínimas e do abono de família;

- Atribuição de um subsídio mensal vitalício aos trabalhadores idosos dos serviços do Estado;

- Congelamento temporário dos preços, das rendas de casa e dos salários superiores a cerca de 2,5 do valor do recém estabelecido salário mínimo nacional;



A pensão social foi um marco bastante importante, pois tornou-se o primeiro direito gerado fora da esfera contributiva. Introduziu no sistema de protecção social a esfera não contributiva (Rodrigues, 2002: 268).

Depois da entrada em vigor da Constituição da República de 1976, numerosas medidas foram tomadas no campo da Segurança Social, abrangendo várias delas a população idosa.

Porque seria moroso enumerá-las todas, optamos por fazer uma síntese:

- Generalização da Pensão Social a outras pessoas com idade superior a 65 anos, designadamente idosas ou inválidas internadas em lares, desde que não beneficiassem de nenhum sistema de previdência social;

- Possibilidade de aquisição de bilhetes para viagens de comboio, para pessoas com mais de 65 anos, com redução de 50% para um percurso mínimo de 50 Quilómetros;

- Atribuição de 14<sup>o</sup> mês aos pensionistas dos regimes da Segurança Social;

- Definição de um regime jurídico e de protecção social das Ajudantes Familiares que se dispusessem a prestar serviço domiciliário às pessoas impossibilitadas, que se encontrassem em situação de maior isolamento, dependência ou marginalização social, nomeadamente idosos e deficientes;

- Atribuição do subsídio por assistência de terceira pessoa a pensionistas que se encontrassem em situação de total dependência de outrem.

Todas estas políticas foram oscilando, com o passar dos anos, no que diz respeito aos prazos de garantia e à idade, como condições de acesso dos beneficiários.

Este último período caracterizou-se pela ruptura com as antigas formas de tratar e representar os idosos, anunciando uma nova política para a velhice. Rompeu-se com a velhice invisível que foi substituído pela velhice *identificada*.

Devido à instituição da pensão social, emanada, anteriormente, (1974) verificamos que, em 1980, foram inscritos cerca de quase 79000 pensionistas desta categoria. Entre as décadas de 1980 e 1990, “continua a predominar a causa da velhice, com quase 50% do total, seguindo-se a da sobrevivência, com 33%” (Carreira, 1996:85). Nos anos 80, assistimos a uma diminuição, em

valores, dos reformados do sector agrícola, como consequência da integração de uma parte dos beneficiários no regime geral. Contudo, não foi só o aumento das pessoas idosas que justificou o aumento significativo dos reformados, pois entre 1970 e 1990 foram recenseadas mais de 510000 pessoas com 65 anos e mais anos. De acordo com Carreira (1996: 88), “a influência sobre o crescimento do número de pensionistas, no que toca ao seu sector largamente mais significativo, o da velhice, é, pois, resultante da alteração das políticas, e não apenas dos fenómenos demográficos”. A alteração das políticas sociais, entre 1970 e 1980, permitiram que se reformassem, por velhice, mais de um milhão de pessoas, o que prova a existência de população que satisfazia o requisito da idade (Ibidem).

Entretanto, tinha sido instituído, pelo Decreto-Lei 513-L/79 de 26 de Dezembro, um pacote de medidas, em resposta à urgência de estabelecer um esquema mínimo de protecção social. Este esquema era constituído por doze prestações, na área da saúde e segurança social, onde era feita menção às disponibilidades existentes para acesso a equipamentos sociais, que seriam reconhecidos, por direito a todos os cidadãos residentes no país. Cinco meses mais tarde, este diploma foi revogado pelo Decreto-Lei 160/80 de 27 de Maio, o qual veio introduzir “a verificação de uma condição de recursos, obtida por um índice de referência ao salário mínimo nacional, de acordo com os apontados objectivos de protecção social dos mais desfavorecidos” (Ibidem).

Às preocupações com a identificação das necessidades do grupo etário das pessoas mais idosas, que tinham tido início na década de 60, sucederam-se as preocupações com a formulação de uma política preventiva e não segregativa. Podemos então dizer que os objectivos e medidas de política social, em relação à população idosa, sofreram alguma evolução, o que influenciou as medidas e acções empreendidas na área da acção social, designadamente no que diz respeito a equipamentos e serviços (Fernandes, 1997). Expandiu-se a rede de serviços e equipamentos sociais e deu-se apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social, com ênfase especial nas novas respostas de índole mais humanizante e menos susceptível de determinar situações de marginalização social.

Em 1982, a revisão constitucional volta a consagrar os mesmos princípios. Contudo, é importante salientar a melhoria de algumas prestações

sociais tais como, pensões de invalidez, velhice e sobrevivência, protecção na maternidade e paternidade e subsídio de desemprego (Rodrigues, 2002: 274).

Estas alterações verificam-se num quadro de uma pretendida adesão à União Europeia (Idem: 275).

A partir de 1986, com a entrada de Portugal, então denominada Comunidade Económica Europeia (CEE), ficamos sujeitos aos

seus mecanismos de influência das políticas sociais, ainda que subordinados ao reconhecimento da diversidade de Estados de Providência e ao respeito pelo princípio da subsidiariedade, vão desde legislação que vincula os Estados membros, à troca de informação, passando pelos instrumentos de redistribuição, como é o caso de fundos estruturais e de vários programas a nível Europeu (Santos & Ferreira, 2002:183).

Na década de 90, surge o livro Branco sobre a Protecção Europeia, onde se identificam traços comuns da política social Europeia, tais como a democracia, a liberdade pessoal, o diálogo social, a igualdade de oportunidades, a segurança social, solidariedade. São ainda enunciadas propostas de objectivos e medidas a levar a cabo por todos os países membros (Comissão Europeia, 1994).

O sistema de protecção social português é caracterizado por se basear num modelo de seguro social obrigatório que protege sobretudo os trabalhadores, onde as pensões constituem o núcleo do sistema, absorvendo mais de metade das despesas sociais, para uma média europeia que ronda os 48%. Relativamente ao sistema nacional de saúde, é identificado como uma mistura de público e privado que leva a OCDE “a caracterizá-lo como misto atípico de provisão pública e privada de cuidados de saúde” (OCDE, 1998:58) e ainda a existência de subsistemas específicos que cobrem certas categorias profissionais. Este misto também pode ser identificado na área social, onde em 1998, a participação pública, ao nível de equipamentos e serviços, é insignificante (4,1) comparando-a com a privada não lucrativa (81,3%) e lucrativa (13%) (MTS, 1999). É ainda importante salientar que uma grande parte do orçamento da Segurança Social se destina a acordos de cooperação com as Instituições de Solidariedade Social (Hespanha et al., 2000). No entanto, a participação pública nas despesas destas organizações (39,7%) é bastante inferior à da generalidade dos países Europeus.

Desde 1998, entraram em funcionamento mais 1745 valências para a população idosa, o que representa uma taxa de crescimento de 41% (Carta Social, 2004). O Serviço de Apoio Domiciliário teve um crescimento de 61%, o Centro de Dia 35,3%, Lar e Residências para idosos 29,8%, Centros de Convívio 26,2% traduzindo, assim, a preocupação pública com o bem-estar da população idosa. Em 2004, os valores mais elevados encontram-se no Lar e residências para idosos (95,4) seguido da valência SAD, com 92%. No ano de 2005, os valores mais elevados continuam a incidir no Lar e Residência para idosos, que apresentam uma taxa de utilização de 97,2%.

Com o objectivo de contribuir para uma prática correcta, dentro da complexidade de que se reveste a questão da uniformização de conceitos e de linguagem, num universo tão complexo como o da área social, será feito nos pontos seguintes, uma breve exposição da acção social e das políticas sociais actuais.

## **1.2. A situação Actual**

Segundo Cardoso (1969), Portugal para ter uma política voltada para o idoso, deve começar por enaltecer, perante o país, o respeito que estes merecem, a sua dignidade, o direito e a sua necessidade de autonomia económica.

A valorização da pessoa idosa pressupõe, nos princípios éticos, a igualdade entre os homens passando, sobretudo, pela capacidade de gestão do projecto de vida, intimamente relacionado com o desenvolvimento pessoal e indispensável ao desenvolvimento da sociedade.

Assim, um dos objectivos das políticas sociais será a redução das desigualdades sociais de acesso à saúde, à habitação, ao ensino, ao trabalho, entre outros.

Neste contexto, a valorização da pessoa idosa exige a compatibilização de objectivos e a articulação das diversas políticas sectoriais, de forma a permitir a melhoria do nível e da qualidade de vida.

Os desafios a impor, através das políticas sociais, são indissociáveis dos desafios da coesão social. Assim sendo, a articulação, entre o económico e o

social, deverá processar-se através de conjuntos de decisões, de ordem legal, que garantam a satisfação e as expectativas das populações, em geral, e que contribuam para a diminuição da precariedade, pobreza e exclusão social, promovendo a coesão e a estabilidade entre as populações. Isto, porque a finalidade das nossas sociedades é permitir a cada um a realização individual na liberdade e no respeito solidário dos Direitos do Homem.

Os Direitos Sociais são autênticos direitos fundamentais dos cidadãos a que correspondem verdadeiras obrigações do Estado, isto é, são direitos dos cidadãos às prestações ou actividades do Estado. Contudo, esta incumbência e obrigação do Estado para a satisfação dos Direitos Sociais pode assumir duas variantes:

- Obrigação do Estado em criar certas instituições ou a introduzir determinadas alterações jurídicas.
- Obrigação na definição e prossecução de políticas conforme aos direitos sociais.

No entanto, na perspectiva de Madeira (1996), nem em todos os casos os Direitos Sociais conferem aos cidadãos um direito imediato a uma prestação efectiva. Isto é, não vai ao ponto de atribuir um direito individual a uma efectiva prestação, como é o caso, por exemplo, de um posto de trabalho. Na verdade, a realização dos Direitos sociais está dependente da disponibilização de recursos económicos e financeiros do país.

Este tipo de Estado, denominado de Providência ou de Bem-estar, institui os Direitos Sociais como parte da cidadania, onde a política social é entendida como intervenção complementar e subsidiária da política económica. Neste contexto, a política social é entendida como uma intervenção secundária e complementar, relativamente à política económica.

A acção social promotora do desenvolvimento, enquanto vector de direitos conducentes à melhoria dos níveis de bem-estar dos indivíduos, famílias e grupos e, conseqüentemente, da sua realização como pessoas e cidadãos sujeitos de obrigações e de direitos, tem que ser sempre planeada e concertada, em torno de duas linhas:

- **Valorizar o factor humano**, exigindo a criação de condições de maior igualdade, tendo como objectivo prioritário das políticas sociais, a redução das

desigualdades pessoais de acesso às situações, às necessidades e às aspirações, pela capacitação para a autonomia e gestão do projecto de vida, tendo em conta um processo de desenvolvimento, centrado no factor humano. Verifica-se que no âmbito da criação de condições de acesso à satisfação das necessidades básicas, não há políticas sociais mais importantes, há sim um “imperativo urgente de compatibilização e articulação das políticas sectoriais” (Idem: 11).

Ao considerar que a valorização do factor humano é um grande desafio que se põe à sociedade e, conseqüentemente, às políticas sociais, é necessário valorizar o espaço de vida como uma estratégia e um meio para a operacionalidade das políticas sociais. O local é bastante importante, pois assume um papel fundamental na relação entre a vivência dos problemas e a sua resolução, ou seja, o contexto onde o indivíduo vive pode funcionar como factor de integração social, cultural e económica, como pode, contrariamente, contribuir para o desenvolvimento de exclusão e de marginalização;

• **Valorizar o local**, criando condições ao seu desenvolvimento como espaço de vida das pessoas, das famílias, dos grupos e ainda elegê-lo como observatório e campo privilegiado da aplicação das políticas sociais. Esta tarefa é necessária e imprescindível, se se quiser caminhar no sentido do desenvolvimento de políticas sociais dinâmicas, actualizadas, tanto sob o ponto de vista da sua aplicação em termos preventivos, como da sua actualização para a resolução de problemas já instalados.

Assim sendo, “falar dos Direitos dos Homens e na sua efectivação é definir políticas e formas de acção que garantam a plena integração, a igualdade de oportunidades, o respeito e dignidade das pessoas” (Ibidem).

Em conclusão, a Acção Social deve ser orientada

para a criação de condições de vida, geradoras de iniciativas individuais e colectivas, que garantam a autonomia, a integração e o protagonismo social dos grupos mais desfavorecidos (Idem:7).

O modelo de Política Social que melhor se aplica ao caso português é o Redistributivo, que assenta, fundamentalmente, no princípio da necessidade. Apoiando-se neste princípio, este modelo estimula, para além do desenvolvimento de serviços com carácter universal e acessíveis a toda a

população, atitudes orientadas segundo os valores da responsabilidade social, da tolerância e do altruísmo, no sentido de que a pessoa construa a sua identidade, no seio da comunidade em que está inserida.

O modelo Redistributivo, devido à sua própria essência, faz da Política Social uma política activa na promoção de respostas ajustadas às situações provocadas pelo processo de mudança, favorecendo os valores de integração social e prevenindo situações futuras, também elas provenientes deste mesmo processo de mudança, criando condições para uma mais justa redistribuição de recursos.

Dado o seu carácter universal, este modelo permite que se desenvolvam serviços capazes de satisfazer necessidades específicas de certos grupos ou regiões, particularmente desfavorecidas.

Em Portugal, encontramos algumas medidas de Política Social, específicas para a população idosa, no campo da protecção social e das políticas sectoriais, nomeadamente a Segurança Social e o Serviço Nacional de Saúde. Estas medidas procuram minimizar efeitos do processo de mudança, promovendo não o bem-estar geral, mas a solução de casos.

Conforme nos diz a Constituição da República Portuguesa, de 2 de Abril de 1976 – Revista pelas Leis Constitucionais nºs 1/82, de 30 de Setembro, 1/89, de 8 de Julho, 1/92, de 25 de Novembro, 1/97, de 20 de Setembro e 1/2001, de 12 de Dezembro, 1/2004, de 24 de Julho e 1/2005, de 12 de Agosto, no artigo 72º:

As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação, convívio familiar e comunitário, que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural, tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

A Lei-Quadro da Segurança Social, n.º 28/84, 14 de Agosto, que no seu artigo 2º, n.º 2, entre outros objectivos diz-nos que “o sistema de Segurança Social protege ainda as pessoas que se encontrem em situação de falta ou diminuição de meios de subsistência”.

Esta lei prevê ainda dois regimes contributivos de segurança social:

- **Regime Contributivo**, que tem como objectivo a protecção social das pessoas vinculadas ao mundo do trabalho e suas famílias. Abrange trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores independentes, mediante uma inscrição obrigatória, abrangendo um vasto campo de eventualidades.

A idade da reforma está fixada nos 65 anos para os homens e nos 62 para as mulheres, não sendo, no entanto, estes limites obrigatórios. Os desempregados idosos, que tenham 60 anos, no momento em que se desempregam e que se mantenham, nesta situação, durante pelo menos dois anos, tendo o número de anos para a abertura de direitos, podem beneficiar da reforma antecipada. Para poder beneficiar de uma pensão de velhice, é necessário justificar, pelo menos, 120 meses de contribuições para a Segurança Social.

- **Regime não Contributivo**, tem como objectivo garantir a protecção social das pessoas que se encontram em situação de carência económica ou social, que não se encontram cobertos pelo regime geral.

Debruçando-se sobre a problemática da população idosa, depois de já terem sido enunciado alguns dos seus direitos, é importante referir alguns dos serviços prestados a nível da Acção Social, Segurança Social e serviços existentes para idosos com necessidades especiais.

Segundo Martin et. al. (2007: 133-134), os diferentes serviços e programas para a população idosa congregaram-se em três grandes blocos: a) medidas de promoção de cuidados aos idosos dependentes; b) medidas de promoção do envelhecimento activo; c) medidas de promoção do envelhecimento produtivo;

A promoção de cuidados a idosos dependentes é definida por Wacker et al. (1998), como os serviços existentes para prestar cuidados a pessoas que têm um elevado nível de dependência. Podemos então referenciar os seguintes:

- 1- **Serviço de informação** (providencia às pessoas informações sobre os serviços disponíveis na comunidade, avalia os problemas e competências das pessoas, encaminha-as para o serviço mais adequado e tenta assegurar-lhes o recebimento do serviço e a sua satisfação.) Em 2005, a Carta Social,



desenvolvida pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, surge como serviço de informação.

**2- Acessoria jurídica e defesa dos seus direitos** (providencia serviços para protecção dos direitos e garantias das pessoas idosas). Em Portugal, esta resposta tem expressão na Linha do Cidadão Idoso e na linha de Emergência Social com o n.º 144. Esta é uma linha de ajuda que

pretende divulgar junto de pessoas idosas informações sobre os seus direitos e benefícios na área da saúde, segurança social, habitação, obrigações familiares, acção social, equipamentos e serviços, lazer, entre outras, de forma a contribuir para uma participação mais activa dos idosos na vida da sociedade, habilitando-os para um melhor exercício do seus direitos (Idem: 139).

A linha de Emergência Social n.º 144 pretende assegurar o encaminhamento de qualquer cidadão em situação de emergência.

### **3- Programas Residenciais ou de Internamento;**

Segundo o Despacho Normativo nº12/98, Lares de idosos são respostas residenciais de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de risco, de perda de independência e/ou autonomia.

Estas respostas sociais têm como objectivo; acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e /ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida; assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter – familiar; Os Lares de Idosos Dependentes são respostas residenciais a idosos com um grau de dependência mais acentuado.

**4- Programas de Cuidados a Idosos Inovadores ou Alternativos** têm como objectivo básico, a prevenção do internamento de pessoas idosas em situação de dependência. Podemos apontar como respostas a este ponto os seguintes serviços:

- **Acolhimento familiar**, integração temporária de idosos em famílias idóneas, quando a família natural não existe ou não está em condições para as suas funções. Tem como objectivos: acolher pessoas idosas (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sócio - familiar e/ou em situação de Insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente sócio – familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; evitar ou retardar o recurso à institucionalização. De acordo com o DEEP (2003), assistimos a um decréscimo tanto das famílias de acolhimento, como da população idosa abrangida.

- **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede)** foi criada em substituição da Rede Mais, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. É constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. Neste âmbito, entende-se por Cuidados Continuados Integrados o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo.

Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de Segurança Social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:

- A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;

- A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

**5- Centros de Atenção Diurna e Nocturna** são considerados por Wacker *et al.* (1998), como serviços comunitários, tais como o apoio domiciliário e a teleassistência, já que não implicam uma residência, fora do contexto social de referência do idoso.

Podemos então considerar os seguintes:

- **Centro de Noite**, resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem, por finalidade, o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia, que, por viverem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento, durante a noite. Esta resposta tem, como objectivos: acolher, durante a noite, pessoas idosas com autonomia; assegurar bem-estar e segurança; favorecer a permanência no seu meio habitual de vida; evitar ou retardar a institucionalização.

- **Centro de Dia** é uma estrutura aberta à comunidade, onde se presta um conjunto de serviços e se desenvolvem actividades que permitam a manutenção dos idosos no seu meio sócio - familiar. Este é um apoio social, através de um conjunto de serviços, como: convívio, recreio, alimentação, cuidados de higiene, conforto e tratamento de roupas. Esta resposta tem os seguintes objectivos: proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; prestar apoio psicossocial; fomentar relações interpessoais e intergeracionais; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

O Centro de Dia faz com que as pessoas idosas, por um lado, continuem úteis e, por outro, ajuda a retardar o envelhecimento. No dizer de Almeida & Cadete (1978:5)

(...) o Centro de Dia pode aparecer como uma estrutura capaz de orquestrar a vida afectiva, activa e participativa, e, por vezes, mesmo produtiva dos indivíduos idosos.

A própria Secretaria da Segurança Social afirma que:

um dos objectivos básicos do Centro de Dia consiste numa política de prevenção, tendo em vista evitar ou reduzir o internamento e a dependência, oferecendo terapia de base e técnicas de reeducação e de readaptação organizadas no quadro de vida colectiva que permite reintegrar as pessoas idosas na « vida de bairro» e reencontrar novos objectivos para uma existência social saudável, pelo que se apresenta como um equipamento que se justifica principalmente pela sua acção inovadora (Morais et al. 1989:6)

De acordo com Quaresma (1996:14), a primeira avaliação, feita sobre adequação entre os serviços fornecidos pelos Centros de Dia e as necessidades da sua clientela, permitiu verificar que:

- os utentes exprimem um elevado grau de satisfação face à utilização deste tipo de equipamento;
- os que referem problemas de habitação, gostariam de poder habitar no centro de dia;
- os serviços reconhecidos como os mais úteis são as refeições, o apoio domiciliário e o serviço de lavandaria;
- o pessoal considera essencial ao bom funcionamento dos centros de dia a existência de transporte próprio;
- os utentes consideram importante a constituição de uma comissão de utentes que participe na gestão do centro, não exprimindo, no entanto, com a mesma frequência, disponibilidade para fazer parte da mesma;
- em alguns casos, a imprensa local e diferentes organizações sócio - culturais interessam-se pelas actividades dos centros.

• **Centro de Convívio** é uma resposta de apoio a actividades sócio - educativas e culturais, organizadas e desenvolvidas pelos idosos de uma comunidade, com o objectivo de cuidar a sua vida de relação entre as pessoas e as condições de saúde, físicas e psíquicas.

Esta resposta social tem como objectivos: prevenir a solidão e o isolamento;

incentivar a participação e potenciar a inclusão social; fomentar as relações interpessoais e intergeracionais; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

**6- Programa de adaptação Ambiental** consiste na prestação de determinados serviços a idosos auto-suficientes, mas com dificuldades

instrumentais. A melhoria dos serviços passa pela remoção de barreiras legais ao seu funcionamento e pela promoção dos serviços existentes. Em Portugal, temos o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e o Programa de Apoio à adaptação e Remodelação de Habitações e Espaços Circundantes.

De acordo com a circular normativa 02/07/04, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, estabelece a necessidade de proceder a mudanças ambientais no contexto comunitário, com o intuito de ajustar o ambiente às fragilidades da terceira idade. Este programa considera que, para promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores para os idosos, é necessário trabalhar com os idosos e com os prestadores de cuidados. O trabalho com os idosos passa pela passagem de informação para a prevenção de acidentes domésticos, rodoviários, eliminação e detecção de barreiras arquitectónicas. Ao nível dos prestadores de cuidados, pretende alertá-los para os factores de risco existentes em casa e na rua e ainda para a detecção e encaminhamento de possíveis situações de violência ou negligência sobre as pessoas idosas.

O Programa de Apoio à adaptação e Remodelação de Habitações e Espaços Circundantes defende que as pessoas idosas só poderão alcançar a autonomia, se houver a promoção da qualidade urbanística e arquitectónica, demolindo as barreiras e aumentando a acessibilidade e combatendo o isolamento real e percebido.

### **7- Programa de Cuidado Domiciliário.**

- Serviço de apoio ao domicílio<sup>6</sup>. Este apoio pode ser desenvolvido através de acordos típicos<sup>7</sup> e do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII).

### **8- Programa de Alívio para os Cuidadores.**

Embora este programa ainda não tenha sido adoptado por Portugal, tem já grandes seguidores na vizinha Espanha. Consiste em aliviar os cuidadores das pessoas idosas, ou seja, a prestação de cuidados a um idoso, a longo prazo, acarreta consequências físicas, psíquicas, psicológicas e sociais,

---

<sup>6</sup> Sobre este item, ver ponto 2 deste capítulo.

<sup>7</sup> São aqueles onde os serviços são tipificados, tendo em conta um número de utentes, de acordo com a capacidade das instalações.

interferindo nas suas obrigações laborais, familiares, podendo resultar em sobrecarga para o cuidador informal. Este programa visa a prestação temporária de serviços, permitindo que o cuidador tenha algum tempo para si (Martin *et al.* 2007). Bonfin et al. (1996: 34) referem-se a estes serviços, propondo um “alojamento temporário da pessoa idosa de forma a permitir o descanso da família e ou a sua substituição quando esta se encontra impedida de assegurar a regular prestação dos cuidados”.

Em síntese, o utilizador final deste programa não é o idoso, mas antes o cuidador informal.

### **9- Intervenção em Negligência e Maus-tratos a Idosos.**

Os maus-tratos a Idosos podem ser praticados em contexto institucional e familiar. Tendo em conta os objectivos deste ponto, vamos considerar os maus-tratos a idosos, colocados em instituições. Os maus-tratos nas instituições consistem “na existência de condições inadequadas nos lares e residências para idosos, como salas demasiado grandes e pouco acolhedoras, juntando vários idosos na mesma divisão, sem privacidade ou espaço para bens pessoais; alimentação pouco elaborada, insuficiente em nutrientes; falta de pessoal assistente, a nível de saúde e ocupacional; ausência de estimulação cognitiva.” (Bonfin et. al., 1996: 159) Os maus-tratos a idosos poderão resultar em perdas cognitivas, das faculdades mentais e consequências emocionais.

Tendo como objectivo prevenir a Violência contra os Idosos ou pessoas em situação de dependência, surgiu, em 2002, o Manual para a Prevenção da Violência Institucional. As estratégias, descritas neste manual, a adoptar pelas instituições para prevenir a ocorrência de maus-tratos são as seguintes:

- Informação;
- Supervisão;
- Formação contínua de todos os colaboradores;

Foi ainda criado pelo grupo CID – Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos, um programa de prevenção e intervenção em situações de abuso, em família e em contexto comunitário. O objectivo é a elaboração de um plano que possa vir a ser adoptado, a nível nacional, visando prevenir e combater os vários tipos de maus-tratos sobre crianças, jovens,

idosos e pessoas portadoras de deficiência, acolhidos em instituições, privadas ou públicas, com ou sem fins lucrativos, bem como contribuir para a promoção do seu bem estar e qualidade de vida.

Tendo em conta a estratégia para o envelhecimento activo, em Portugal, existem dois eixos elementares:

- Estimular os trabalhadores a permanecerem mais tempo no mercado de trabalho, desincentivando a saída precoce do mercado de trabalho;

- Relançar a inserção dos mais velhos em actividades de interesse social, nomeadamente em programas Ocupacionais ou de Voluntariado Sénior.

De acordo com Martinho (2007:50) “entre as medidas que estão a ser desenvolvidas” destacam-se:

- o programa de intervenção para desempregados seniores, fomentando a reinserção profissional destes desempregados.

- o reforço da economia social, enquanto mecanismo privilegiado de criação de emprego para activos mais velhos.

- convergência dos regimes de protecção social entre o sector público e privado, desincentivando a saída precoce do mercado de trabalho.

- participação em projectos voluntários ou realização de serviços não pagos à comunidade.

Contudo uma das grandes fragilidades desta população prende-se com a falta de habilitações e qualificações. Face ao exposto, surgiu a iniciativa “*Novas Oportunidades*” que desempenha um novo esforço no caminho da qualificação dos jovens e dos adultos portugueses. Ao nível dos adultos “pretende-se alcançar a meta traçada de qualificação de um milhão de activos até 2010, através de cursos de educação e formação ou reconhecimento, validação e certificação de competências” (Ibidem).

É ainda importante referir a este nível, o Projecto Recriar o Futuro. Este projecto visa facilitar a transição do trabalhador e promover a adaptação à nova vida que é a reforma, elaborando-se, para o efeito, planos de preparação para a reforma pelas estruturas que representam as pessoas, nomeadamente as entidades empregadoras, representantes dos trabalhadores e outras entidades com responsabilidade formativa.

Além de equipamentos, programas e serviços sociais, os idosos usufruem, ainda, de prestações pecuniárias, tais como:

- **Pensão de Velhice**, prestação pecuniária pertencente ao regime geral, vitalícia e de montante variável, com direito a 13º e 14º mês.

- **Pensão Social de Velhice**, prestação pecuniária do regime não contributivo, atribuída a beneficiários que nunca efectuaram descontos para a Segurança Social, ou que não completaram o prazo de garantia. É necessário que os idosos tenham rendimentos ilíquidos mensais, iguais ou inferiores a 30% do salário mínimo nacional ou 50% do mesmo valor, tratando-se de casais.

- **Pensão de Sobrevivência**, atribuição de um valor pecuniário ao cônjuge vivo e que depende de um período de contribuições de, pelo menos, 36 meses.

- **Pensão de Invalidez**, prestação pecuniária atribuída a beneficiários que não podem continuar a desenvolver um trabalho remunerado e também não têm idade para usufruir de uma pensão de velhice.

Podemos considerar, após a análise do número de pensionistas, entre 1990 e 2006 (Quadro 5), que se assistiu a um aumento, bastante significativo, de pensionistas, nos últimos 16 anos. Como causas principais estão o aumento da esperança de vida, de pessoas viúvas e de doenças incapacitantes.



**Quadro 4 – Número de pensionistas de 1990 até 2006**

| Portugal | Sobrevivência | Velhice   | Invalidez | Total de Pensionistas |
|----------|---------------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1990     | 393.745       | 1.329.049 | 479.461   | 2.202.255             |
| 1991     | 415.803       | 1.353.066 | 461.457   | 2.230.326             |
| 1992     | 436.107       | 1.382.763 | 447.771   | 2.266.641             |
| 1993     | 469.862       | 1.416.162 | 428.638   | 2.314.662             |
| 1994     | 492.956       | 1.435.632 | 407.823   | 2.336.411             |
| 1995     | 516.475       | 1.454.910 | 392.866   | 2.363.251             |
| 1996     | 536.821       | 1.461.402 | 391.781   | 2.390.004             |
| 1997     | 557.067       | 1.459.721 | 398.002   | 2.414.079             |
| 1998     | 573.329       | 1.460.445 | 397.797   | 2.431.571             |
| 1999     | 584.693       | 1.462.131 | 393.975   | 2.440.799             |
| 2000     | 598.925       | 1.511.291 | 370.053   | 2.480.269             |
| 2001     | 615.739       | 1.556.780 | 357.327   | 2.529.846             |
| 2002     | 626.305       | 1.585.648 | 352.031   | 2.564.984             |
| 2003     | 636.967       | 1.613.580 | 342.947   | 2.593.494             |
| 2004     | 651.634       | 1.662.046 | 336.206   | 2.649.886             |
| 2005     | 661.447       | 1.717.497 | 318.013   | 2.696.957             |
| 2006     | 671.047       | 1.753.367 | 314.367   | 2.738.781             |

Fonte: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2007)

Além das pensões referidas, ainda existem outras prestações pecuniárias para a terceira idade, tais como:

- **Pensão de Viuvez**, prestação pecuniária mensal, de montante fixo, com direito a 13º e 14º mês, no valor de 60% da pensão social. Usufruem desta pensão o cônjuge sobrevivente, sem direito a qualquer outra pensão.

Os beneficiários das prestações pecuniárias referidas podem ainda usufruir dos seguintes complementos:

- **Complemento de Pensão por Cônjuge a Cargo**, é uma atribuição mensal, de montante fixo, a quem tiver uma pensão de velhice e que tenha, a cargo, um cônjuge cujos rendimentos próprios sejam inferiores ou iguais ao montante do complemento.

- **Complemento por dependência**, é uma prestação mensal, em dinheiro, de montante fixo que é atribuído, juntamente com a pensão, desde que o idoso tenha incapacidade total e permanente para todo e qualquer trabalho, e que tenha necessidade de uma terceira pessoa.

- **Complemento Solidário para Idosos**. Trata-se de uma prestação monetária, criada pelo Decreto-Lei nº. 232/2005, de 29 de Dezembro, integrada no Subsistema de Solidariedade do Sistema Público da Segurança Social, que surge como um complemento de um rendimento base existente (pensão / outros rendimentos), fixada por referência a um limiar de rendimento e atribuída de uma forma diferenciada, tendo em conta as características e rendimentos dos agregados familiares.

Este complemento é atribuído a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em território nacional, desde que preencham uma das seguintes condições:

- 1- ser pensionista de velhice, sobrevivência ou de pensão equiparada;
- 2- ser titular de subsídio mensal vitalício;
- 3- não reunir as condições de atribuição da pensão social por não preencher a respectiva condição de recursos;

Os requerentes do complemento têm ainda que reunir as seguintes condições, cumulativamente:

- 1- residir em território nacional há 6 ou mais anos;
- 2- estar disponível para proceder ao reconhecimento de direitos e à cobrança de créditos;
- 3- autorizar a Segurança Social a aceder à informação fiscal e bancária relativa ao seu agregado familiar;

- 4- possuir recursos anuais inferiores ao valor de referência do Complemento. Este valor varia com a composição do agregado familiar, ou seja, tem como base em 2007, 4.338,60 € para uma pessoa isolada, 7.592,55 € para um casal.

Este complemento tem sido implementado, gradualmente, verificando-se que, em 2006, puderam candidatar-se ao mesmo, as pessoas idosas com idade igual ou superior a 80 anos, em 2007 foi requerido por idosos com idade igual ou superior a 70 anos, em 2008 com idade igual ou superior a 65 anos.

Os idosos que usufruem deste complemento podem também usufruir de benefícios adicionais de saúde, tais como, aquisição de medicamento, óculos, lentes e próteses dentárias removíveis. Estes benefícios adicionais são atribuídos aos beneficiários, numa percentagem do preço, por reembolso após aquisição, incidindo sobre a parcela não comparticipada pelo estado.

Assim, são criadas os seguintes benefícios adicionais:

- a) participação financeira, em 50% da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado;
- b) participação financeira em 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de 100 €, por cada período de dois anos.

Neste contexto, os custos sociais decorrentes do aumento do número de pessoas com idade avançada, resultante do processo de envelhecimento demográfico, são cada vez mais elevados, dado que a Segurança Social constitui um direito adquirido para qualquer cidadão e, com a generalização das reformas, pode falar-se, com certeza, da continuidade do aumento das despesas sociais. Se não, vejamos:

- o alargamento da esperança de vida, e não se prevendo uma significativa alteração da idade normal para entrar na reforma, faz com que o período de benefícios seja mais longo;
- o aumento do número de idosos provoca um alargamento, cada vez maior, do número de beneficiários.

Contudo, os gastos das pessoas idosas não são só ao nível social (pensões e serviços sociais), mas também assistimos a um aumento do consumo dos serviços médicos (Martínez, 2000).

De acordo com Martínez (2000: 42),

debe tenerse en cuenta que la diferenciación entre servicios sanitarios y servicios sociales no puede mantenerse impermeable dado que, por una parte, la imputación a uno u otro sector cambia según países y momentos y, por otra, las fronteras entre procesos de la misma naturaleza y su resolución, se muestran cada vez más artificiales.

Factores responsáveis por esta situação são citados por Maynard (1996), como o aumento demográfico, ao nível da população idosa, o grau de morbilidade e dependência, a necessidade de cuidados prolongados, o uso inadequado dos recursos, pois, segundo ele, as pessoas idosas dependentes

“no reciben los cuidado que realmente precisam y que se hace un uso inadecuado de los recursos” (Idem: 43) e ainda a acessibilidade geográfica e económica. O autor, ao mencionar a acessibilidade geográfica, está a referir-se “a la distribución espacial de los recursos y al tiempo que se precisa para acceder a los mismos” (Ibidem). A acessibilidade económica está relacionada com o custo dos serviços e a capacidade de pagamento do utente. A pessoa idosa, em norma, tem uma capacidade económica muito inferior, e o pagamento do serviço fica muito aquém do gasto real do seu tratamento. É importante ainda referir os avanços tecnológicos que possibilitam cuidados médicos especializados, ainda pouco usados na população idosa. O aumento da esperança de vida e as mudanças, ao nível social, fazem com que a pessoa idosa tenha que recorrer a um serviço formal, pois a rede informal não está disponível para tratar do seu idoso.

## **2. O SERVIÇO DE APOIO AO DOMICILIO**

Os cuidados no domicílio baseiam-se em tradições ancestrais. Se tivermos em atenção o Velho Testamento, verificamos que os Hebreus faziam, já recomendação no sentido de se cuidar dos “doentes e puérperas nos seus locais de residência” (Duarte & Diogo, 2000:4). Este apoio aos mais desfavorecidos tem continuidade na Igreja Cristã que recebe influência da civilização greco-romana.

Santo Agostinho, um dos Doutores da Igreja, preocupa-se com os desvalidos e, mais tarde, S. Bento, incentivador do *Ora et Labora* lembra aos seus seguidores que praticar a caridade faz parte dos ditames cristãos.

Chegados ao século XII, deparamo-nos com outro homem da Igreja que tudo faz para ajudar os mais desfavorecidos: S. Francisco de Assis (Le Goff, 2000).

No século XV, surgem respostas organizadas de caridade e de solidariedade, desenvolvidas por organizações religiosas e religioso – militares como os mosteiros, as catedrais, as confrarias, as misericórdias e as ordens militares. Durante a centúria de Seiscentos, deparamo-nos com a Ordem da Virgem Maria que tinha, como objectivo, visitar os doentes em casa,

“desenvolvendo actividades como a alimentação, higiene e auxílio nas vestimentas” (Duarte & Diogo, 2000: 4).

Em meados do século XIX, iniciaram-se as tentativas de sistematizar, metodologicamente, estas actividades domiciliárias, uma vez que as pessoas eram incitadas por sentimentos religiosos de caridade e solidariedade.

Este serviço passou, sobretudo, a ser efectuado e de forma voluntária, pelas Misericórdias e pelas religiosas da Ordem da Virgem Maria, até finais do século XX.

Até à década de 60, do século XX, os cuidados no domicílio eram, com frequência, concedidos em função do desenvolvimento psicossocial das crianças e não dos idosos, porque, até esta data, o problema social dos idosos ainda não se colocava. Daí que, o conceito de cuidado à pessoa idosa, no domicílio, seja relativamente recente. Podemos situá-lo a partir dos anos 60, nos países do centro da Europa e EUA, resultantes das alterações de indicativos sociais e demográficos e do aumento da esperança de vida.

Na década de 70, a protecção na área dos cuidados às pessoas idosas era principalmente residual e assistencialista, beneficiando, sobretudo, as pessoas idosas doentes, incidindo naquelas que manifestavam dificuldades em permanecer, no domicílio. As respostas às suas necessidades eram o recurso à institucionalização (Saraceno & Naldini, 2003).

Em Portugal, começa-se a falar de cuidados no domicílio, nos finais da década de 70, decorrentes do aumento do número de pessoas com mais de 65 anos. Devido ao aumento de pessoas a precisar de cuidados, os lares revelaram-se inoperantes nas respostas às suas necessidades. A razão deve-se não só ao elevado custo desses equipamentos e ao aumento das listas de espera, mas também porque as pessoas necessitadas, se recusavam a ser internadas nos lares, preferindo serem cuidadas em casa.

Os cuidados no domicílio ganharam expressão a partir da década de 80, principalmente no contexto da economia social<sup>8</sup>. Cada vez mais, o Estado é de opinião que se deveria continuar com uma política de manutenção dos idosos no seu domicílio e, por isso, assiste-se, pela primeira vez, a uma preocupação, por parte dos governos, em ajudar as famílias com idosos a cargo, organizando

---

<sup>8</sup> É a economia desenvolvida pelas organizações privadas sem fins lucrativos (Jacob, 2006).

serviços de cuidados no domicílio, fora do mundo institucional e dentro do seio familiar (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). O Decreto-Lei 141/89 de 28 de Abril reflectiu esta preocupação do governo, tendo, como objectivo, desenvolver e aperfeiçoar, no âmbito da acção social exercida pelo sistema de segurança social, diversas modalidades de apoio social a famílias e indivíduos que se encontrem em situação de maior isolamento, dependência ou marginalização social, designadamente, a idosos e deficientes. Uma das formas de intervenção que pôde contribuir, de maneira muito positiva para a concretização daquele objectivo foi, sem dúvida, a ajuda prestada no respectivo domicílio, às famílias cujos membros, por razões de vária ordem, não podem assegurar, com normalidade, as tarefas inerentes à vida pessoal e familiar. Esta resposta social constituída pelas chamadas ajudantes familiares, demonstrou a viabilidade para uma efectiva potencialização do bem-estar social, como, aliás, aconteceu com outros países que, de há muito, vêm recorrendo a esta forma de apoio social para superação das carências das suas populações.

Só em 1989, é que os cuidados no domicílio se consolidaram e se inscreveram no contexto das políticas sociais, como acção colectiva.

Foi ao Estado e a outras entidades privadas de base territorial (Centros Sociais, Centros Paroquiais, Fundações, Misericórdias, entre outras) que foram atribuídas as maiores responsabilidades na garantia das respostas adequadas às necessidades individuais. Estas instituições promovem uma acção organizada por valências<sup>9</sup> com vista à satisfação das necessidades dos seus utilizadores. São instituições autónomas, administrativamente, mas são tuteladas pelo Estado. Ao nível financeiro, foram assinados acordos de cooperação com o Estado. Este serviço foi desenvolvido, a partir de uma estrutura criada com essa finalidade, ou a partir de uma estrutura já existente, como Lar, Centro de Dia, ou outras.

Esta resposta social<sup>10</sup> foi designada pelo Estado, de Serviço de Apoio Domiciliário.

---

<sup>9</sup> É a resposta social desenvolvida no interior ou a partir de um equipamento social (DEEP, 2004).

<sup>10</sup> Conjunto de actividades, do âmbito do sistema de acção social, concretizados por uma entidade ou unidade orgânica, a partir de um serviço ou equipamento e que, autonomamente

Este serviço é, como vimos, uma exigência da família, visto que, e como já foi mencionado, a família actual não consegue, sozinha, satisfazer, plenamente, as necessidades dos seus idosos. O envolvimento dos serviços formais com os idosos e suas famílias “compreendem a constituição de um triângulo comunicacional entre o idoso (in) dependente, a sua família e rede social e os serviços comunitários formais, sublinhando que este apoio ocorre num contexto social e cultural” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004:99). Ou seja, este serviço deve estar em articulação com a família e os serviços existentes na comunidade, pois a sua operacionalidade deverá resultar de uma rede de serviços organizada, a partir do estabelecimento de parcerias.

O serviço de apoio domiciliário, segundo o despacho Normativo n.º 62/99<sup>11</sup>:

É uma resposta social, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária.

Este serviço necessita de ser planificado, de forma personalizada, de modo a satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas, tendo em vista manter ou melhorar a sua autonomia, permitindo que o idoso continue a viver no seu domicílio, e como tal, retardando-lhe a entrada no lar (Rodríguez & Sanchez, 2003).

O serviço ao domicílio, segundo as directrizes, enumeradas pela segurança social, tem os seguintes objectivos:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades da vida diária;
- Colaborar e assegurar o acesso à prestação dos cuidados de saúde;

---

ou em articulação com outras áreas de intervenção, se estruturam de forma a atingir os objectivos previamente definidos.

<sup>11</sup> No despacho n.º 62/99 – DR, n.º 264 de 12/11/99 são estabelecidas as condições a que devem obedecer as instalações e o funcionamento do SAD.

- Estabelecer medidas destinadas a assegurar a mobilidade dos idosos e a acessibilidade a beneficiários e serviços;
- Promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade inter gerações, bem como para a criação de postos de trabalho;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;

No entanto, o Serviço de Apoio Domiciliário não pretende substituir a família nas suas obrigações, pretende apenas “ reforzar la cohesión familiar, en un espíritu de colaboración y nunca de sustitución del papel de la familia” (Rodriguez & Sanchez, 2003:24).

Esta resposta é considerada pelos seus utentes, como uma forma de continuarem inseridos no seu meio habitual, rodeados dos seus pertences e afectos, retardando assim a entrada em lar.

Deve organizar-se no sentido de proporcionar um apoio contínuo nas 24 horas e uma actuação de emergência sempre que necessário (Bonfim & Veiga, 1996: 7).

O Serviço de Apoio ao Domicílio deve proporcionar os seguintes serviços:

- Prestação de cuidados de higiene e conforto;
- Arrumação e pequenas limpezas no domicílio;
- Confeção, transporte e/ou distribuição de refeições;
- Tratamento de Roupas;

Pode ainda assegurar:

- Acompanhamento ao exterior;
- Aquisição de géneros alimentícios e outros artigos;
- Acompanhamento, recreação e convívio;
- Pequenas reparações no domicilio;
- Contacto com o exterior.

As pessoas idosas podem utilizar este tipo de serviço, desde que se encontrem nas seguintes situações:

- doença (aguda ou crónica) ou um certo grau de invalidez, não necessitando de internamento hospitalar, desde que tenham assegurados os cuidados específicos de saúde;



- necessidade de trabalho no exterior, dos familiares, ficando o idoso sozinho (desde que não se baste completamente);
- necessidade de ajuda para os cuidados de higiene;
- necessidade de ajuda para as actividades quotidianas, tais como limpezas, confecção de refeições, arranjo de roupas ou compras (Quaresma, 1996: 84).

Em 1994, foi criado pelo despacho conjunto (MS/MESS, de 01.07.1994, Diário da Republica n.º 166, II Série, 20.07.1994) dos Ministros da Saúde, do Emprego e da Segurança Social, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), contribuindo para colmatar ainda algumas necessidades, sentidas ao nível dos cuidados no domicílio. Este programa é caracterizado por desenvolver acções inovadoras e integradas, entre a saúde e a acção social, que visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente, no domicílio e no seu meio habitual de vida, crescendo através de projectos de desenvolvimento central e a nível local.

É financiado por verbas do Joker, pelo que, no início de cada trimestre, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa afectará o produto de 25% dos resultados líquidos daquele jogo, apurados no trimestre anterior, ao referido programa<sup>12</sup>.

Este programa tem como objectivos:

- Assegurar a oferta de cuidados com carácter urgente e permanente, que visam, primordialmente, manter a autonomia do idoso no domicílio e no seu ambiente habitual de vida;
- Estabelecer medidas destinadas a assegurar a mobilidade dos idosos e a acessibilidade a beneficiários e serviços;
- Implementar respostas de apoio às famílias que tenham que assegurar cuidados e acompanhamento adequado a familiares que se encontrem em situação de dependência, nomeadamente idosos;

---

<sup>12</sup> Segundo o Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março, por 1,7% dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. O limite máximo de financiamento (artigo 10.º Regulamento PAII), por entidade promotora, a conceder pelo PAII é de 80% das despesas elegíveis, nunca podendo ultrapassar os € 199.518,80 (40.000.000\$00).

- Promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade intergerações, bem como para a criação de postos de trabalho;
- Promover a autonomia das pessoas idosas e/ou pessoas com dependência, prioritariamente, no seu meio habitual;
- Promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade.

Ao abrigo do programa, foram criados os seguintes serviços:

- Passes de 3ª idade, com o objectivo de eliminar as restrições horárias.
- Serviço de Telealarme – resposta na área das telecomunicações, integrada no leque de respostas que visam a manutenção no domicílio dirigida a pessoas que carecem de apoio, dependentes ou não, nomeadamente em situações de isolamento e solidão.
- Serviço de apoio ao domicílio – é um serviço que visa a manutenção do idoso no seu ambiente, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos, podendo englobar pessoas com dependência.
- Centro de apoio a dependentes – são serviços pluridisciplinares de prestação de cuidados integrados, a desenvolver, prioritariamente, a partir de estruturas já existentes, visando o apoio a diferentes grupos etários, para a prevenção, reabilitação e reinserção de pessoas com dependência.
- Formação de recursos humanos – visa a formação de recursos humanos, devidamente preparados, para trabalhar em equipa multidisciplinar, para uma comunicação, relacionamento e prática adequados à problemática do envelhecimento e da dependência e para desenvolver formas de intervenção inovadoras, susceptíveis de servir de modelo, ao nível da prestação de cuidados, da gestão e da formação, bem como para a criação de postos de trabalho, perspectivando a introdução de medidas activas.

- Saúde e termalismo – é uma comparticipação através do P.A.I.I. no acesso a tratamentos termais de pessoas idosas, de menores recursos financeiros, desde que sejam, clinicamente, justificados.

O Programa de Apoio Integrado a Idosos possibilita além dos serviços de acção social já prestados pelo SAD, os de enfermagem, apoio psicossocial, cuidados médicos, cuidados de reabilitação e terapia ocupacional.

Com a criação do Conselho Nacional para a Política de Terceira Idade, criado em 1996 e que veio substituir a Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade (Decreto-Lei n.º36/96, de 2 de Maio) foi definido que a esta cabia a decisão de “contribuir para a definição de uma política nacional de apoio à população idosa, formulando as recomendações que tenha por conveniente” (artigo 2º, alínea a), bem como “emitir parecer sobre projectos de diplomas legais ou quaisquer outras questões respeitantes ao desenvolvimento e concretização da política do envelhecimento submetidas à sua concretização (artigo 2º alínea b)).

Do ano de 1998 para o ano 2000, apareceram 293 novas respostas de SAD, o que representa um crescimento de 23%. A capacidade de utilização também apresentou um número progressivo (28%), assim como o número de utentes que aumentou 38%, representando um acréscimo de 12721 utentes (Carta Social, 2000).

Constatou-se que em 2001, por referência a 2000, houve um aumento de 14,2% na resposta social, serviço de apoio domiciliário (Carta Social, 2001).

Nos anos 2002, 2003 e 2004, o SAD foi a resposta social cujo crescimento se torna mais evidente (Carta Social, 2002, 2003 e 2004).

No ano de 2005, esta valência cresceu mais 7%, em relação ao ano anterior (Carta Social, 2005).

Tendo em conta o período de 1998-2005, constatou-se que o Serviço de Apoio Domiciliário tem sido a valência cujo crescimento continuou evidente (68%). É no SAD que se verifica a maior taxa de crescimento, quer ao nível da capacidade, quer ao nível do número de utentes, facto que se pode explicar pela política desenvolvida nos últimos anos e que privilegia esta resposta, como alternativa, à institucionalização. Em relação a 1998, verifica-se que a

capacidade e o número de utentes aumentaram em valores absolutos, respectivamente, 35.500 (94%) e 32.600 (99%) (Ibidem).

Como já mencionámos, esta resposta social é desenvolvida, quase na sua totalidade, por Instituições Particulares de Solidariedade Social<sup>13</sup> (IPSS).

Segundo o Estatuto das IPSS, estas são constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade.

De acordo com Boaventura de Sousa Santos (1992:51), o modelo Redistributivo, característico dum Estado de Providência, nunca existiu em Portugal “ no sentido próprio do termo, embora em certos aspectos se aproxime dessa forma política”. Para o autor, “o défice da actuação do Estado Português, enquanto Estado Providência, é parcialmente compensado pela actuação de uma sociedade, suficientemente rica, em relações de comunidade, inter-conhecimento e inter-ajuda” (Ibidem). Faz ainda referência a um outro fenómeno que se verifica em Portugal, que é “a transferência de serviços públicos para o sector privado” (Ibidem).

Estas instituições filantrópicas, com grandes tradições em Portugal, que fornecem serviços sobre a supervisão do Estado, funcionam, praticamente, como instituições semi-públicas. Apesar de serem instituições privadas, a presença do Estado, quer na sua regulação, quer no seu funcionamento, é muito forte.

Sendo estas Instituições Particulares de Solidariedade Social, segundo Boaventura de Sousa Santos (1992), uma forma indirecta do Estado intervir, têm, no entanto, um papel importante e activo no âmbito da solidariedade social, na sociedade actual. São verdadeiros instrumentos de assistência e ajuda na promoção e desenvolvimento social e cultural, servindo as comunidades em que estão inseridas.

Nas Instituições Particulares de Solidariedade Social em 2000, o custo técnico, por utente, em lar era 87% mais caro que, por utente, em SAD (UIPSS, 2000).

---

<sup>13</sup> São Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico (artigo nº1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro).

*Eu já tinha 26 anos quando me casei... Ai que eu fui muito castigadinha, e tinha tão bons rapazes, tão bons rapazes... eu era muito esquisita e nem todos me agradavam e depois, olhe, arranjei aquilo!”*

### **Percurso Biográfico**

Ao nascer numa freguesia do concelho de Oliveira de Azeméis, há 78 anos, Rute ainda na infância necessitou de começar a trabalhar.

Sendo a mais velha de quatro irmãos e filha de pais carenciados, deixou a escola com a idade de 10 anos para ir servir à mesa. Com a mãe, agricultora, e o pai, servente de trolha, ainda hoje, Rute lamenta não ter continuado a estudar, pois mal conseguiu aprender a ler e escrever: *“Andei, mas não aprendi. Pouco ia, porque tinha de trabalhar... eu era a mais velha. Os meus pais eram pobrezinhos (...)*”. Todavia, Rute relembra, com satisfação, o facto de ser católica e de ter vivido um bom relacionamento com seus pais e irmãos: *“Ai, ía-mos sempre à missinha, sim (...) Eles davam-se todos... o meu pai, a minha mãe...”*.

Rute foi trabalhar para Lisboa com os seus patrões e, quando regressou à terra natal, já tinha 26 anos de idade. Contudo, continuou a efectuar tarefas domésticas e de servente, seguindo-se daí o namoro com o homem que viria a ser seu marido. Apesar disto, não esquece que teve outros namoros, mas nenhum lhe agradou como o que a levou a casar.

Hoje, sente-se arrependida e lastima o facto de se ter casado com o homem que escolheu, pelas agressões que sofrera, afirmando que seria melhor ter *“partido as duas pernas”*.

### A vida conjugal e os maus-tratos

As influências da sogra, como colega de trabalho, originaram o seu namoro e o conseqüente casamento. Acerca disto, Rute refere: *“Namorámos pouco tempo, porque eu trabalhava numa casa (...) a mãe dele trabalhava às horas em casa dos meus patrões... passava a ferro, fazia limpeza e começou logo: Ai, eu tenho um filho que é uma jóia (...)”*.

Durante o pouco tempo de namoro, Rute não conhecia o verdadeiro carácter do marido. É, a partir do casamento, que começa a manifestar a agressividade para com ela.

Rute continuou a trabalhar depois de casada e, para sua infelicidade, teve de conciliar o trabalho doméstico e de servente com os trabalhos agrícolas. Deste modo, recorda que *“fazia bolos conforme as encomendas e, quando não as tinha, trabalhava nas terras. Era de arado e charrua”*.

Este esforço de trabalho prolonga-se, mesmo, após o nascimento dos seus filhos e associa este aspecto essencialmente ao facto de o marido não querer trabalhar para o sustento da família, pois, apesar de ser sapateiro *“não ia trabalhar todos os dias (...) fazia um parzito ou dois e aquilo lá dava qualquer coisita para uma temporadazita e, pronto, já estava (...) é muito malandro (...) vai à noite para o café, está toda a tarde a dormir”*. Assim, Rute evidencia, com desagrado, que *“o trabalho é que nunca o afligia”*.

Este aspecto reforçou a violência doméstica que se tornara sistemática, à medida que Rute alertava o marido pelo seu pouco esforço de trabalho, lembrando que *“ele foi sempre muito mau (...) dava-me no cachaço!” e que «as zangas começavam por aí”*.

Rute liga o carácter violento do marido ao facto deste ter *maus instintos* relacionados com a família de origem, pois menciona que *“ele era mau de si (...) o pai, a mãe (...)”*. Apesar deste aspecto, esta ainda recorda com tristeza que *«ele bebia e bebe»*, culpando também, ligeiramente, o vício do álcool pelos problemas entre o casal.

Os maus-tratos eram frequentes e aconteciam dentro de casa, de maneira a que mais ninguém soubesse: “ (...) *batia-me quando tinha vontade (...) sempre em casa e à maneira de ninguém dar por ela (...) aguentava-me conforme podia, ele pisava-me toda, mas eu encobria sempre*”. Rute era maltratada neste contexto e nunca se defendia das agressões. A mãe era a sua única confidente.

Os dois filhos de Rute também foram vítimas da violência e Rute nem sequer reagia, em defesa própria ou deles, “*porque se não (...) levava*”.

Já não tem memória para recordar, com pormenor, os momentos de violência que passou, mas sabe que, quando estava grávida, continuava a sofrer, lembrando que: “*Quando estava grávida fui pisada, em cima da cama. Ele começava com as coisas dele, e eu, às vezes, era assim: (...) Então tu não foste trabalhar hoje? O que há-de ser da gente? Era o bastante, já estava! Ele já me batia, era de caminho*”.

Infelizmente, Rute viu a sua vida mais amargurada, quando se deparou com a morte de um dos três filhos, à nascença, e afirma que, apesar disto, o seu marido não demonstrou qualquer sentimento ou incómodo, mas uma frieza constante, referindo que: “*Não, ele tem alguma pena de alguma coisa?*”

As agressões sofridas por Rute passavam do verbal ao físico, admitindo que o marido nem sequer lhe dava a possibilidade de falar.

Rute permaneceu sempre com os filhos ao lado do marido e jamais se separou dele, pois, independentemente, dos maus-tratos que sofrera, este é o pai dos seus filhos e sente que lhe deve guardar *respeito*. Assim, sempre estabeleceu um bom relacionamento com os filhos e nunca sentiu *ódio* pelo marido. A consciência de que era maltratada, fazendo de Rute uma vítima de violência conjugal que a magoara, física e emocionalmente, fez com que, ainda hoje, lembre a frequência destes actos, mas “*sempre de boa mente e de boa vontade a falar para ele, nunca saí de casa e deixei-o, sozinho, por ele me bater*”.

Rute nunca influenciou o casamento dos filhos, mas confessa que se sentiria triste se tivesse conhecimento de actos violentos entre a filha e o genro, chamando a atenção para o facto de que o casamento do filho não ter corrido da melhor forma, *“foi sempre à vontade dele”*.

### Maus-tratos ... «até o primeiro morrer»

Actualmente, Rute vive com o seu marido e sofreu a infelicidade de perder um filho em França; contudo, mora perto da filha que lhe presta auxílio nas tarefas domésticas, aos domingos. De segunda a sábado, usufrui dos Serviços de Apoio Domiciliário e sente-se, claramente, satisfeita, referindo que: *“elas são muito minhas amigas”*.

A partir do momento em que Rute sofreu uma trombose, os maus-tratos físicos cessaram, mas hoje continuam a ter lugar os maus-tratos de foro verbal e psicológico, afirmando que: *“Ele fala com quatro pedras na mão (...) diz tantas pragas...ai Jesus! (...) oferecer? Oferece (...) Ele diz que faz e acontece (...)”*.

Actualmente, o quotidiano de Rute é passado em casa, sozinha, na medida em que o seu marido *“vai à noite para o café, está toda a tarde a dormir»* e parece não se ter arrependido das agressões. Assim, lamenta a infelicidade do seu casamento que ainda hoje perdura e evidencia que, *“se hoje fosse agredida, fazia queixa dele”*.

Presentemente, Rute põe a hipótese de ir para um Lar, porque se sente muito sozinha, mas só quando ficar sem o marido. Deste modo, continua a mostrar respeito pelo seu casamento, apesar dos maus-tratos sofridos, e refere que *“enquanto ele for vivo, eu não o deixo”, reforçando que tem “de amar aquilo até morrer”*. Este aspecto fica patente, quando a biografada refere que todos os dias dá *“um beijo das boas noites”* ao marido.



**Parece-nos, para já, importante no domínio do mau-trato (...), dizer que denunciar não basta, mas compreender não é desculpa (Rodrigues, 1992:63).**

## **CAPITULO 3 – A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES CONJUGAIS ENTRE OS IDOSOS**

### **1. A VIOLÊNCIA CONJUGAL**

Embora a violência seja um fenómeno comum a todos os povos, a sua definição não é universal; “cada sociedade tem a sua própria violência, definida segundo os seus próprios critérios que variam de cultura para cultura” (Pais, 1996: 31). Como nos refere Lourenço & Lisboa (1992: 5), a violência é um processo complexo de construção social, visto que se associa não só às acções, mas também às qualidades sociais de quem a pratica. Podemos, então, afirmar que ela tem “uma evidente origem social, sendo historicamente um fenómeno humano” (Dias, 2004: 89). Como reflexo dos critérios culturais, apontamos, entre outros, o exemplo da África Ocidental, onde as raparigas são submetidas à mutilação genital em nome da tradição, bem como aquele que ocorre mais a sul do mesmo continente, onde as meninas são violadas e infectadas com o vírus HIV, dado que os autóctones acreditam que o sexo praticado com raparigas virgens os curará das infecções.

Em honra de uma concepção arcaica da honra dos homens, nos países muçulmanos, nas fracções extremistas do Islão e nas comunidades muçulmanas no ocidente, as mulheres são frequentemente apedrejadas, queimadas, violadas ou até assassinadas, tudo por atentarem contra o colectivo (Treiner, 2006).

Na América Central, o assassinio de mulheres torna-se cada vez mais frequente. Para ajudar a combater esta situação, Esther Chávez, uma mulher de 70 anos, criou a *Casa Amiga*, com o objectivo de auxiliar a mulher vítima de Violência Doméstica (Fernandez & Rampal, 2006).

Curiosamente, foi somente, na segunda metade do século passado, que se começou a dar atenção aos maus-tratos infantis (anos 60), depois à violência contra a mulher (anos 70) e, na década de 80, aos maus-tratos de que são vítimas as pessoas idosas.

O número de idosos, na actualidade, aumentou, significativamente, devido à melhoria da qualidade de vida das populações e à esperança de vida, o que, de alguma forma, contribui para acarretar inúmeros problemas sociais, nomeadamente a violência entre os cônjuges.

É em ambiente doméstico, que se verifica a grande maioria das situações de violência. Inicia-se entre os cônjuges e perpetua-se por outros elementos, associados aos cuidados prestados (Marshall, Berton & Brazier, 2000). A sua visibilidade é, praticamente nula, por se passar em ambiente privado. Os casos relatados na comunicação social remetem-nos, sobretudo, para as instituições de acolhimento ou para casos muito graves, ocorridos no seio da família.

Na verdade, segundo o Conselho da Europa, na Recomendação nº158/2002, a violência contra as mulheres, no espaço doméstico, é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro da mama, o cancro do cólon e do útero, a obstrução no parto, os acidentes de viação e mesmo a guerra.

No caso concreto dos idosos, estes, muitas vezes, recusam denunciar as situações em que vivem no seio da família com receio de serem encaminhados para instituições, dado que estas são vistas por muitos de forma negativa. Os abusos de que são vítimas têm origem nas modificações relacionais, situações de vida e progressiva fragilidade e dependência do idoso. Se é maltratado pelos familiares, não o revela por medo de ter que abandonar o seu lar e deslocar-se para uma instituição de apoio.

A violência contra os idosos é um assunto tabu por receio de represálias, sobretudo a perda de privacidade, e dos meios internos e externos que lhe permitam viver, de forma tranquila, os derradeiros anos da sua vida (Quim & Tomita, 1997).

Zimerman (2000) aponta como causas de maus-tratos a falta de preparação dos seus familiares, a carência económica e a existência de histórias de agressão entre os seus membros e acrescenta que uma boa

condição financeira não garante a ausência de maus-tratos. Por outro lado, os prestadores de cuidados formais não têm formação para perceber determinados tipos de maus-tratos, tais como os psicológicos.

A palavra violência remete-nos para os conceitos de “violentar”, “forçar” e “violar” (Soriano, 2002). Etimologicamente, violência deriva do latim *violentia*, que “significa violência, carácter violento ou bravio, força” (Pais, 1996: 28).

Podemos, então, afirmar que a violência é o exercício do poder que pode ser utilizado para resolver conflitos interpessoais e para exercer a vontade de alguém (Corsi, 2001). A violência, nas suas distintas modalidades, pretende eliminar a oposição que se apresenta, antes do exercício do poder, mediante o controlo da relação e por meio do uso da força, de modo a obter do indivíduo o que ele não quer livremente. Este termo, como conceito, só foi considerado desde o século XVIII, ao possibilitar o reconhecimento das distintas formas de violência (como, por exemplo, a violência física, psicológica, moral, política, entre outras), facilitando o estudo deste fenómeno (Pais, 1996). Referindo-nos à definição apresentada na recomendação nº. 85 do Conselho da Europa, apurámos que a violência é considerada como “ (...) qualquer acto ou omissão que ponha em perigo a vida, a integridade corporal ou psíquica, ou a liberdade de uma pessoa ou que comprometa gravemente o desenvolvimento da sua personalidade”.

Nos dias de hoje, o conceito de violência contempla acções e situações que, historicamente, não eram consideradas como tais. Este alargamento do conceito, embora tenha tornado visíveis formas de violência que, até então, eram aceites pela sociedade, também teve um “efeito perverso, na medida em que veio reduzir eficácia e torná-lo menos operativo para a pesquisa científica” (Lourenço & Lisboa, 1992: 16).

A violência “aprende-se essencialmente através do processo de socialização de género e ante a inexistência de estratégia de resolução de conflitos” (Martins & Carvalho, 2006:252). Por outras palavras, e como afirmam alguns investigadores, não se nasce violento, a violência aprende-se.

Segundo Miedzian (1999), não podemos dizer que os homens, como grupo, são mais tumultuosos e mais propensos à violência que as mulheres, ou que admitem a violência, como forma de resolver conflitos e alcançar o poder. Porém, tanto a agressividade como a violência são formas de procedimento

estereotipadas, desde a perspectiva de género, quer dizer, estão associadas aos homens na maioria das culturas conhecidas (Martins & Carvalho, 2006). E, muitas vezes, é a própria publicidade que procura legitimar a agressividade masculina como virilidade “ao associar, por exemplo, um perfume para homem, a valores tipicamente “masculinos”: selvagens, indomável. O perfume para “Homens de verdade”, ou seja, aqueles que se identificam com esses adjectivos” (Martins, 2005).

A violência de género, a violência doméstica e a violência familiar são termos utilizados como similares, uma vez que não existem critérios comuns para definir cada um deles.

O conceito de violência doméstica é, como temos vindo a referir, muito recente, tendo surgido apenas na década de 70, “numa investigação sobre as mulheres maltratadas” (Dias, 2004:91).

No II Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2003-2006: 1), esta é definida como um “tipo de violência que ocorre entre membros de uma mesma família ou que partilham o mesmo espaço de habitação.” Torna-se um problema complicado, por entrar na privacidade familiar, agravado por não ter, regra geral, testemunhas.

Com o título “Homem com Alzheimer ferido pela mulher com facas”, o Diário de Notícias, do dia 22.01.2008, noticia um caso que comprova a complexidade dos problemas de violência doméstica, ocorridos em privado. Numa habitação, situada em Lisboa, vivia um homem de 80 anos, com a sua esposa, que sofria de Alzheimer, totalmente dependente, acamado e limitado nas capacidades motoras e cognitivas. Foi internado no hospital, pelo menos, duas vezes “por agressões físicas da responsabilidade da mulher”, “com facas e garfos, no pescoço e nas mãos”, segundo o que “estava escrito na acusação do Ministério Público”. O facto de a vítima estar acamada, leva a concluir que estava impossibilitada de apresentar queixa ou denunciar o sofrimento em que vivia. A queixa acabou por ser feita pelo médico que o atendeu, pela segunda vez, na unidade hospitalar. Apesar de todos os esforços, o caso só ficou a ser conhecido, quando nada mais poderia ser feito para resolver a situação, e “depois de terem sido conhecidas as acusações, a vítima e a suposta agressora acabaram por falecer meses depois, poucos dias após a arguida ter sido formalmente acusada”. Como este, muitos outros casos serão ocultados, o

que nos leva a concluir que ainda estamos muito longe de sabermos a verdade daquilo que é a realidade.

Esta ocorrência é um dos muitos exemplos que começam a surgir na sociedade actual onde a mulher, embora ainda minoritariamente, já apresenta indícios de agressividade suficientes para se olhar para a violência doméstica sob o ponto de vista masculino.

De acordo com o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010:5), “dados resultantes de um estudo de 2006 elaborado entre os diversos Estados Membros do Conselho da Europa, indicam que cerca de 12% a 15% das mulheres europeias com mais de 16 anos de idade vivem situações de violência doméstica numa relação conjugal, e, muitas delas, continuam a sofrer de violência física e sexual mesmo após a ruptura. Muitas morrem mesmo”.

A violência contra as mulheres é, na maioria das vezes, por si escondida. Acabam por ocultar os maus-tratos, por razões económicas, dependência emocional, medo de retaliação, entre outros (Amnistia Internacional, 2006).

No espaço da União Europeia, a erradicação de todas as formas de violência, em razão do sexo, constitui uma das seis áreas prioritárias de intervenção, constantes do Itinerário para Igualdade entre Homens e Mulheres, para o período 2006-2010.

Este tipo de violência tem significativas implicações políticas, sociais e até económicas e constitui uma violação dos direitos humanos com raízes históricas e culturais. Daí que se apele à urgência de todos os Estados Membros para a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres. Na sua origem está, porém, a persistência de flagrantes desigualdades entre sexos.

Autores como Andrews (1994: 2) definem um outro tipo de violência, a violência familiar. Esta é definida como qualquer acção ou ameaça que resulte em ofensa física ou psicológica e que é praticada “por uma pessoa contra outra com o qual tem ou teve parentesco por laços de sangue, ou casamento, ou outra forma legal de parentesco, ou com quem tal pessoa está ou estava legalmente a residir”. Este tipo de violência é avaliado a partir dos valores, crenças, estilos de vida, sistemas sociopolíticos e culturais.

Apesar de assistirmos a algumas mudanças a nível comportamental, o sistema familiar ainda se caracteriza por ser patriarcal, “em que o homem é detentor do poder e os papéis são definidos tradicionalmente, com atitudes e crenças face às estratégias de educação e vivência familiar ainda conservadoras” (Costa & Duarte, 2000:13). As expressões do senso comum, como “*se apanhaste é porque merecias*”, “*quem manda em casa é o galo*”, “*aquilo é que é um homem! Traz a mulher na linha*”, comprovam a ideia do sistema patriarcal aqui referido, onde a maioria dos nossos idosos se revê.

A violência de género ou conjugal é aquela que é exercida na conjugalidade (entre pessoas que vivem em situação conjugal, casados ou não casados) como um sistema (APAV, 2007). Por isso, é vista como um processo que começa, processa-se, termina e reinicia-se. Talvez por isso, a violência de género se tenha convertido num problema social importante e assume maior visibilidade, quando associada a situações complexas e, quando se liga a grupos estigmatizados, socialmente (Timoneda, 2006).

De acordo com Walker (1979) a violência conjugal pode ser entendida como um ciclo (ciclo da violência), onde as dinâmicas da relação do casal se manifestam sistematicamente.

O autor delimita o ciclo da violência em três fases distintas, que variam em tempo e intensidade, para o mesmo casal e entre os diferentes casais. São as seguintes: 1) **a fase do aumento de tensão**; 2) **a explosão ou o acidente agudo de agressão**; 3) **amabilidade, arrependimento e comportamento carinhoso**. Estas etapas foram, mais tarde, confirmadas por outros autores como Pais (1998) e Costa & Duarte (2000).

Até ao momento, não foi possível estimar quanto tempo permanece um casal em qualquer das fases, nem tão pouco antecipar quanto tempo levará a um casal para completar um ciclo. Nota-se que eventos circunstanciais podem influenciar a duração do ciclo. Ao examinar algumas relações que duraram 20 ou mais anos, constatamos que podem ocorrer vários patamares de diferentes ciclos, que tendem a corresponder às diferentes etapas da vida.

**A Fase do aumento da tensão** é caracterizada pelas tensões diárias acumuladas pelo agressor, e não resolvidas senão pelo uso de violência. Cria-se um ambiente de eminente perigo para a vítima, sempre culpabilizada por tais tensões. O agressor, sob qualquer pretexto, vai transferir todas as suas

tensões para a vítima. O seu crescimento pode resultar numa discussão entre ambos, muitas vezes facilitado pela embriaguez do agressor ou pelo uso de drogas (Walker, 1979).

Durante esta etapa, ocorrem incidentes menores de agressão. As mulheres podem conduzir estes incidentes de diferentes formas, geralmente tentam acalmar o agressor, através da utilização de técnicas que, previamente, tenham provado serem eficazes. Podem ser condescendentes, antecipar-lhe cada capricho, ou permanecer fora do seu caminho. Esta técnica permite ao agressor saber que aceitam os seus abusos, mas crê que o que lhe fazem evitará que os seus problemas aumentem. Se elas fizerem bem o seu *trabalho*, então o incidente acabará. Caso contrário, ele pode explodir e ela assumirá a culpa.

Em síntese, elas chegam a ser cúmplices, ao aceitar o comportamento agressivo. Não lhes interessa a realidade da situação, porque estão a tentar, desesperadamente, evitar que as maltratem mais.

Com o propósito de manter este papel, elas não devem permitir a si mesmas aborrecer-se com o agressor. Recorrem a uma defesa psicológica muito comum, a negociação. A mulher nega que está cansada de ser maltratada psicológica e fisicamente. Procura desculpas, como talvez merecesse a agressão, identificando-se, frequentemente, com o argumento errado do agressor. Geralmente, ficam tão agradecidas por ter sido um pequeno incidente, que resolvem não se irritar com o agressor.

Sem dar importância a incidentes esporádicos, as mulheres tendem a minimizá-los, pois sabem que o agressor é capaz de muito mais. Tentam desculpar as agressões dos seus maridos, dizendo que talvez fossem originadas pelos problemas, no trabalho, ou que a bebida, em demasia, os tornasse agressivos sem saberem o que estavam a fazer.

Se, por cada acidente esporádico, a mulher colocar a culpa num factor externo, e não no agressor, é fácil negar a seu próprio aborrecimento. Se os factores externos forem causadores da agressividade (do agressor), elas pensam que não há nada que possam fazer para alterar a situação. Consideram que, se aguardarem mais um tempo, a situação alterar-se-á, e conduzirá a uma melhoria no comportamento do agressor.

As mulheres que foram agredidas, durante muito tempo, sabem que estes incidentes menores de agressão irão apenas aumentar. No entanto, usando a mesma defesa psicológica, negam-se a aceitá-lo, para se ajudarem a si próprias, a enfrentá-lo. Também negam o terror por uma inevitável segunda fase, ao convencerem-se que têm algum controlo sobre o comportamento do agressor.

Durante as etapas iniciais deste primeira fase, de facto, têm algum controlo, mas limitado. Ao aumentar a tensão, perdem rapidamente o controlo. Cada vez que a agressão ocorre, há efeitos residuais de aumento de tensão. O aborrecimento da mulher agredida aumenta, continuamente, mesmo quando não pode reconhecê-lo ou expressá-lo e qualquer controlo, que possa ter sobre a situação, diminui. O agressor, incitado pela aparente aceitação passiva da mulher do seu comportamento agressivo, não faz por se controlar.

A maioria dos agressores são violentos, apenas nas suas casas. Compreendem demasiado bem que tal comportamento não seria tolerado em público. Assim, tornam-se mais prepotentes, ciumentos e possessivos com a esperança de que a sua brutalidade mantenha prisioneira a agredida.

Historicamente, este comportamento tem tido êxito. Só, recentemente, com o aumento da atenção da sociedade e com a preocupação acerca deste estado de coisas, a mulher agredida começou a encontrar uma saída.

Muitos casais são peritos em manter esta primeira fase por um largo período de tempo. Ambos querem evitar o incidente agudo de agressão. Uma situação externa, com frequência, transtornará este delicado equilíbrio. Muitas mulheres agredidas reconhecem-no, e fazem tudo o que está ao seu alcance para controlar todos os factores externos com o propósito de impedir mais incidentes de agressão.

Algumas mulheres afugentam os seus pais, irmãs, irmãos, e, com frequência, os seus filhos, porque receiam que os familiares possam aborrecer o agressor e, assim, chegar a ser agredidas. Reconhecem que o agressor é capaz de infligir mais dano, se houver interferência de terceiros.

**A Fase da explosão ou o acidente agudo de agressão** caracteriza-se por uma descarga incontrolável das tensões, que se foram acumulando na primeira fase. Esta falta de controlo e a sua grande destrutibilidade distinguem o incidente agudo de agressão, dos incidentes menores de agressão da fase



anterior. Isto não quer dizer que os incidentes da fase anterior não sejam graves e não constituam um ataque injusto. Porém, é a seriedade com que os incidentes desta fase são vistos pelo casal, com a sua natureza incontrolável, que marca a diferença entre as outras fases.

Durante esta fase, tanto o agressor como a mulher agredida, aceitam, completamente, o facto de que a sua ira está fora de controlo. Na fase um, o comportamento agressivo é geralmente medido, conscientemente, pelo agressor quando ele o administrava. Na segunda fase, ainda que possa começar por justificar-se, a si mesmo, pelo seu comportamento, o agressor termina sem saber o que se passou. A sua raiva é tão grande que não é capaz de controlar o seu comportamento. O agressor começa por querer dar uma lição à sua mulher, sem nenhuma intenção de causar-lhe algum mal, em particular, e detém-se, quando sente que ela já aprendeu a lição. Neste momento, a mulher, geralmente, já foi gravemente ferida. Quando os agressores descrevem estes incidentes agudos, com frequência, relatam uma grande quantidade de maldades insignificantes que ocorreram, durante a primeira fase. Algumas vezes culpam a bebida ou o excesso de trabalho.

Ocasionalmente, a mulher agredida, provoca um incidente nesta fase. Quando este ocorre, o casal, geralmente, esteve envolvido num comportamento agressivo, durante muito tempo. A mulher, com frequência, percebe que o período de inevitabilidade está próximo, e não pode suportar o seu terror ou ansiedade, por mais tempo. Ela preferiria passar rapidamente pela segunda fase, em vez de continuar a temê-la. Por isso, provoca o agressor para que este expluda.

A segunda fase do ciclo é a mais breve das três fases. Geralmente, dura de duas a vinte e quatro horas, embora algumas mulheres tenham citado um contínuo reino de terror durante uma semana ou mais. Ficam ansiosas, deprimidas e queixam-se de outros sintomas psico-fisiológicos: insónia, perdas de apetite ou o oposto, dormir e comer em excesso. Muitas mulheres sofrem de sérias dores de cabeça, enfermidades estomacais, tensão arterial elevada, reacções alérgicas na pele, e palpitações do coração.

Na maioria das vezes, as mulheres não resistem, tratam de permanecer calmas, à espera que passe a tempestade. Vulgarmente, este sentimento vai

acompanhado da firme crença de que, se fizer algo para resistir, o seu agressor só se tornará mais violento.

Quando o ataque agudo termina, é provável seguir-se o choque inicial, a negação e a incredulidade do que realmente aconteceu. Ambos, agressores e vítimas, encontram formas de raciocinar sobre a seriedade dos ataques. Se tiver havido violência física, a mulher agredida, com frequência, minimiza as suas feridas. Quando as mulheres se reportam à humilhação verbal, torna-se fácil deixar passar o dano que receberam.

A maioria das mulheres agredidas não procuram ajuda no período que se segue imediatamente após o ataque, a não ser que estejam tão gravemente feridas e requeiram atenção médica de imediato.

Uma grande quantidade de reacções que as mulheres agredidas referem é similar às das vítimas de catástrofes. As vítimas de um desastre, normalmente, sofrem um colapso emocional de vinte e duas a quarenta e oito horas, depois da catástrofe. Os sintomas incluem indiferença, depressão e sentimentos de impotência. Tendem a permanecer afastadas, pelo menos, as primeiras vinte e quatro horas, e podem passar vários dias, antes de procurarem ajuda. Esta síndrome de acção retardada também prevalece, quando as mulheres agredidas procuram ajuda nos advogados ou em qualquer outra fonte.

**Na Fase amabilidade, arrependimento e comportamento carinhoso,** o agressor, depois da tensão ter sido direccionada sob a forma de violência, manifesta arrependimento e promete não voltar a fazê-lo. Pode invocar motivos para que a vítima o desculpe. Reforçando o seu pedido de desculpas, trata delicadamente a vítima, fazendo-a acreditar que foi a última vez (Walker, 1979).

O agressor crê que nunca mais fará mal à mulher que ama e esta, por sua vez, acredita e pretende seguir em frente como se nada tivesse acontecido. O agressor também acredita que deu à sua mulher uma lição e que ela nunca mais se comportará do mesmo modo. Iniciará acções com o propósito de comprovar a sua sinceridade. Deixará de fazer tudo aquilo que afecte o seu estado de ansiedade.

Esta fase é denominada, normalmente, Lua-de-mel (Costa & Duarte, 2000).

Walker (1979) diz-nos que os casais “experienciam períodos de “lua-de-mel” (de três ou quatro meses) entre episódios violentos, mesmo sem intervenção terapêutica.” Este ciclo é vivido pela vítima numa constante de medo, esperança e amor.

Um dos aspectos positivos que encontra é o amor que continua a sentir por aquele/a com quem casou e ainda o amor que o agressor manifesta sentir nos períodos de reconsideração. A vítima, na esperança de ter um casamento não violento, acredita e tenta, novamente, o projecto de vida sonhado (APAV, 2007).

Quando ela resiste a abandonar a relação e alega que o ama verdadeiramente, baseia a sua referência no comportamento carinhoso desta fase, mais do que no doloroso comportamento das fases um e dois. Ela espera que, se os outros dois ciclos se puderem eliminar, o comportamento agressor terminará e a sua relação idealizada permanecerá. Se ela já passou por vários ciclos, o conhecimento de que trocou a sua segurança física e psicológica, aumenta o seu ódio e a sua vergonha.

A maioria das mulheres referem que sem se darem conta, o comportamento carinhoso e a calma, dão lugar outra vez a situações agressivas. Repete-se a primeira fase de aumento de tensão, e novo ciclo de comportamento agressivo recomeça. No entanto, algumas mulheres chegam a ser muito hábeis para manter esta fase carinhosa por um grande período de tempo. Quando esta fase é seguida de um intenso período de comportamento da primeira fase, as mulheres perdem, com frequência, o controlo da sua raiva reprimida e ferem, seriamente, os seus maridos.

Coerente com esta análise, poderá estar o facto de só uma minoria das mulheres procurarem assistência jurídica.

Porém, a violência conjugal é caracterizada pela sua continuidade e pelas sucessivas repetições. As fases de tensão e apaziguamento são cada vez em maior número e a fase de ataque violento pode até resultar em homicídio conjugal (Pais, 1998).

De acordo com o Relatório sobre a Violência e Saúde (OMS, 2002), estudos realizados na África do Sul, na Austrália, no Canadá, nos Estados Unidos e em Israel mostram que, das mulheres vítimas de assassinato, 40 a 70% foram mortas pelos seus maridos, ex-maridos ou namorados,

normalmente em contexto de um relacionamento de abusos constantes. Nos Estados Unidos, porém, só 4% dos homens assassinados foram mortos pelas suas esposas, ex-esposas ou namoradas.

O comportamento violento na conjugalidade surge, muitas vezes, de forma inexplicável, fazendo com que o agredido não tenha noção de quando ocorrerá o maltrato, uma vez que este pode acontecer de forma arbitrária (Matos, 2003).

Fischer (2003:110) também é de opinião que a violência conjugal é maioritariamente, feita a mulheres. Para o autor, este tipo de violência engloba

Tous les actes d'agression qui sont de nature à provoquer des souffrances physiques et/ou psychologiques dans le but d'intimider, de punir, d'humilier ou de maintenir dans rôles stéréotypés. La violence conjugale définit tout comportement exercé par un partenaire intime qui provoque les dommages physiques, psychologiques ou sexuels à quelqu'un faisant partie de cette relation.

A desigualdade estrutural entre os homens e mulheres, os rígidos e diferenciados papéis que ambos devem desempenhar, onde a ideia da virilidade está associada à dominação e a da feminilidade se vincula a estereótipos de submissão, servem para fundamentar e consolidar relações violentas, ao nível conjugal (OMS, 2002).

Contudo, muitas das mulheres que ganham coragem para abandonar a relação continuam a ser aterrorizadas pelos maridos após a separação, ou seja, o risco de serem vítimas pode aumentar com a separação do casal.

Tal como acontece com o conceito de violência, a definição de maus-tratos varia, tendo em conta critérios e valores sociais e culturais, o momento histórico e o espaço geográfico em que se produzem. A falta de critérios claros e operacionais provoca o aparecimento de múltiplas definições sobre maus-tratos e tipologias. Deparamo-nos com grandes dificuldades em encontrar conclusões que levem a um consenso, pois cada investigador utiliza um determinado tipo de definições e formas diferentes de avaliar os maus-tratos, tendo sempre, como base, os resultados das suas próprias investigações. Ora, isto leva a que o conceito se transforme num paradigma específico para cada investigador. Porém, num ponto, todos estão de acordo: apesar das diferenças, todos descrevem os maus-tratos, a partir do comportamento do abusador.

Walker (1994) entende por maus-tratos um paradigma de envolvimento compulsivo, que abrange o uso do poder e domínio, num relacionamento íntimo. Quer o agressor seja feminino, quer seja masculino, o seu objectivo é dominar o outro, fazê-lo sentir-se subordinado, incompetente, sem valor e com medo.

De acordo com o autor, estes episódios podem ocorrer em situações esporádicas ou durante décadas. Com esta definição, Walker (1994) enfatiza a ideia de que, quando os direitos ou as liberdades de alguém são violados por outros, tal deve ser considerado como um mau-trato.

Fischer (2003) completa o pensamento de Walker (1994), acrescentando que existe violência, numa situação de interacção, quando um ou vários actores agem de maneira directa ou indirecta, em conjunto ou separados, agredindo uma ou várias pessoas, de maneira diferente, ou na sua integridade física, ou na sua integridade moral, seja nos seus bens ou nas suas participações simbólicas ou culturais.

Se a violência é encarada, de forma geral, como uma situação anómala, entre pessoas, queremos particularizar (um pouco mais) e distinguir as formas de maus-tratos em dois contextos: o familiar e o extra-familiar.

Segundo Soriano (2002:75), devemos considerar mau-trato familiar aquele que envolve a família. Neste contexto

se considerarán como agentes de la acción u omisión, no sólo al cónyuge a los hijos del adulto mayor, sino a toda aquella persona que, de forma habitual, conviva en el núcleo familiar y/o tenga responsabilidades en cuanto al cuidado y atención de alguno de los miembros.

Dentro dos familiares, devemos incluir os maus-tratos sobre o parceiro, que segundo Gelles (1997) pode compreender o uso premeditado da força ou intimidação contra o outro, obrigando-o na sua acção ou causando-lhe dano físico e, por outro, um leque de agressões não físicas, mas igualmente violentas, nomeadamente a violência emocional ou psicológica, que pode assumir consequências mais profundas do que a vitimação física por si só.

Tendo em conta a opinião de autores como Hampton & Coner-Edwards (1993:13), este tipo de maus-tratos são “um padrão de comportamento que ocorre sob a forma física, emocional, psicológica, sexual e económica e que é

desenvolvida com vista a perpetuar a intimidação, o poder e o controlo do agressor sobre o cônjuge maltratado.”

Relativamente aos idosos, as primeiras reacções destes diante da violência familiar, é de vergonha, medo, culpa pelo fracasso pessoal ou do sistema pelo qual se sentem responsáveis. Muitas vezes, os sinais de violência são negados pela vítima, ou até mesmo, aceites como naturais, das relações familiares. A identificação de indicadores ou até dos maus-tratos, propriamente ditos, aos idosos envolvem questões complexas, que necessitam de uma actuação interdisciplinar (Fernandes & Assis, 1999).

Os idosos são uma realidade importante nas sociedades contemporâneas, existindo uma crescente preocupação e uma maior consciencialização para as problemáticas que lhes dizem respeito.

As pessoas idosas são vítimas de crimes em vários contextos, cuja composição, geralmente, é determinante para que a vitimação aconteça, ou seja, a pessoa idosa, por vezes, já se encontra fragilizada fisicamente e, sobretudo, isolada.

Estudos internacionais comprovam que a violência contra os idosos ocorre com mais frequência, no âmbito familiar.

De acordo com Nelson (2002), há referência em estudos sobre os maus-tratos, em países ocidentais, de que 4 a 6% dos idosos têm sido maltratados no domicílio. É ainda, apresentada pelo mesmo autor uma pesquisa realizada nos EUA, onde refere que 36% do pessoal de enfermagem registaram pelo menos um incidente de maus-tratos físicos, em idosos, por ano.

Chavez (2006) demonstra que 90% dos casos de maus-tratos acontecem nos seus lares e ainda que 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges. Contudo e segundo Sánchel del Corral (2003), os maus-tratos podem ainda assumir outras formas, além das enumeradas, daí os ter definido como:

Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, contable objetivamente o percibido subjetivamente.

No entanto, estas formas não esgotam as razões pelas quais o mau-trato é pouco referido. Fornecem-nos, sim, razões fundamentadas que

merecem muita atenção social e educativa por parte de todos os profissionais, cujo trabalho passe pelo contacto com os mais frágeis (idosos, crianças e cidadãos portadores de deficiência).

## **2. PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

A sociologia da violência doméstica constitui uma área disciplinar onde há “falta de entendimento sobre o conceptual ou teórico da violência” (Gelles & Loseke, 1993:1). Os esforços têm sido realizados, no sentido de se tentar saber se é necessário desenvolver uma teoria integrada sobre a violência doméstica (Dias, 2004).

Gelles & Straus (1979, cit por Dias, 2004) são de opinião que é necessário existir uma teoria virada para a família, pelo facto de esta ter variáveis que não se encontram em todos os grupos sociais. Estes autores são de opinião que se torna importante a construção de uma teoria da violência, pois algumas das características que a família partilha são mais visíveis em espaço privado. A família, por sua vez, também pode descobrir novas variáveis que, até então, ainda não tinham sido consideradas. Pagelow (1984) tem uma visão diferente, pois defende que a particularização da teoria sobre a violência doméstica pode levar à produção de partes que não contribuem para a pesquisa.

No entanto, Bersani & Chen (1988) consideram que esta especialização da teoria faz sentido, dado que as especificidades das vítimas e dos agressores são diferentes. Contudo, não deixa de ser um desafio importante tentar atribuir sentido à diversidade e tentar compreender como as várias teorias podem contribuir e beneficiar para o estudo da violência doméstica.

A título exemplificativo, estudamos os dados estatísticos de duas realidades sociais: os dos EUA (Estados Unidos da América) e da França.

Especialistas como Tjaden & Thoennes (2000) fizeram um estudo para o ano de 1995-1996 e verificaram que 25% das mulheres norte-americanas

tinham sofrido agressões ao longo da sua vida e, que só se denunciou 1/5 das violações e ¼ dos ataques físicos.

Em França, Jaspard et. al. (2003) chegaram à conclusão que a violência sexual aumenta com o grau de instrução e a posição laboral da mulher. Ao longo das suas vidas, 11% das mulheres francesas sofreram de violência sexual e 17% de violência física.

De uma forma genérica, os meios de comunicação, por norma, passam a imagem de que a violência doméstica está associada a pessoas mais velhas. Nada mais enganador. A violência entre os adolescentes e jovens tem vindo a aumentar, assustadoramente. Na opinião de Valls (2006: 197), uma parte da geração mais jovem “se están socializando o están presenciando un tipo de relaciones afectivas donde la violencia és un componente bastante habitual”.

À medida que a Violência começou a ser objecto de estudo, emergiram vários modelos. Do amplo conjunto dos modelos, podemos destacar as teorias, ao nível microssociológico e macrossociológico.

## 2.1- Teorias microssociológicas

As teorias microssociológicas “privilegiam um olhar intensivo e em pequena escala sobre os comportamentos e as representações familiares violentas” (Dias, 2004:163).

Dentro das teorias microssociológicas, podemos destacar a teoria dos recursos, a teoria da troca e do controlo social e a do interaccionismo simbólico.

A **teoria dos recursos**, defendida por Bloode & Wolfe, (1960, cit por Dias, 2004)) refere o poder e os recursos como conceitos centrais. Nesta teoria, o poder é entendido como a habilidade que o actor tem para influenciar o comportamento do outro. Enquanto que o recurso é um bem, normalmente raro, que um dos parceiros pode pôr ao dispor do outro e que é capaz de satisfazer as necessidades deste último ou de lhe permitir atingir os seus objectivos. Segundo Kellerhals, Troutot & Lazega (1989), e, tendo em conta estes dois conceitos (recurso e poder), podemos concluir que quanto maior for os recursos do actor, maior será o seu poder de orientação e interacção.



Apesar de terem sido Bloode & Wolfe (1960) os pioneiros desta teoria, foi Goode (1971) que utilizou o conceito do poder para explicar a violência na família. No entanto, o autor substituiu este conceito pelo de *força*. Para ele, a força é muito importante na estabilização da estrutura familiar, pois sem ela a família poderá tornar-se frágil e instável. Ao considerar a força como estabilizadora da família, este autor está “implicitamente, a aceitar que o uso da força física sobre a mulher é crucial para a manutenção da família” (Dias, 2004:163).

Esta posição foi alvo de crítica de autores como Dobash & Dobash (1979) que consideram que os maus-tratos às mulheres são cometidos como resultado do seu tratamento histórico e da sociedade patriarcal, que beneficia o homem e o Estado.

Goode (1971) acrescenta que a *força* é sustentada por estruturas sociais externas e é reconhecida e consolidada pelo processo de socialização, onde os indivíduos devem aprender que a *força* não só é real, como válida e essencial. O autor estabelece uma proposição onde refere “que quanto maiores forem os recursos que um indivíduo tem à sua disposição, mais força ele concentrará e revelará, ou usará essa força de forma menos ordeira” (Idem: 628). O autor identificou ainda alguns dos recursos que podem afectar o poder, entre os membros da família. Entre outros, destacamos: o prestígio, o sucesso, os níveis de escolaridade, o grau de conhecimento, a idade, o estatuto socioprofissional, os rendimentos, o amor e a sociabilidade, de modo a mostrar que a violência é utilizada como um recurso na falta daqueles ou quando se revelam insuficientes.

Na perspectiva de Straus & Gelles, (1986), nem sempre os estratos sociais, mais baixos, são os mais vulneráveis à violência, visto que têm menos recursos, mas também aqueles que têm mais recursos podem praticar a violência doméstica.

Na família, onde a superioridade foi sempre, tradicionalmente, atribuída ao homem, assistimos, actualmente, a uma maior mobilidade social ascendente nas mulheres, onde estas detêm mais recursos do que o homem, fazendo com que este se sinta ameaçado no seu papel tradicional, podendo originar a violência como forma de manter a dominação. As questões da

igualdade entre os sexos podem aumentar as possibilidades de as mulheres serem vítimas de violência doméstica (Bersani & Chen, 1988).

A abordagem feminista critica esta teoria pelo seu realce excessivo nos processos microssociológicos, pois tudo o que é defendido nesta teoria é afectado pelas normas e estruturas da sociedade. Podemos dizer que as mulheres, enquanto grupo social, são discriminadas ao nível das oportunidades socioeconómicas (que as levam a depender do homem), mas também devido a “factores demográficos e normas sociais de género que estabelecem padrões diferenciados de comportamento para o homem e para a mulher” (Dias, 2004:167).

É importante ainda salientar que, para além das críticas feitas a esta teoria, Dias (2004) chamou atenção para a forma como o poder pode ser responsável pela violência doméstica.

A **teoria da troca e do controlo social** resulta da combinação de duas correntes. A primeira (teoria da troca) defende que os indivíduos agem e fazem opções de forma racional, tendo em vista a obtenção de uma maior gratificação a um menor custo. Para Azevedo (1995: 15) devem ser evitados comportamentos “que lhes podem causar custos e procuram papéis e experiências gratificantes”. A segunda (teoria do controlo social) tenta explicar porque é que a maioria das pessoas não comete crimes, visto que, a sua prática faz parte integrante da natureza humana. Segundo esta teoria, nem sempre acontece a prática de crimes, porque as pessoas têm mecanismos de controlo adequados. Os crimes, quando acontecem, é porque os mecanismos são fracos ou não são suficientemente fortes para impedir a sua prática (Bersani & Chen, 1988).

Com a junção destas duas teorias, Gelles (1997) propôs um modelo teórico sobre a violência doméstica. Concordando com as premissas da teoria da troca, o autor refere que, ao nível das relações intra familiares, quando não existe reciprocidade, não é tão fácil terminar com as interacções, porque, na família, quando um dos cônjuges não recebe os benefícios esperados, (tais como amor, segurança, dinheiro, admiração, etc.), surge um sentimento que conduz à frustração e, conjuntamente, ao conflito, que, por sua vez, leva à violência. Esta situação é denominada hipótese de frustração-agressão (Barnett et. al., 1997) Em relação à teoria do controlo social, Gelles (1983) defende que

existem mecanismos que evitam que se pratiquem actos violentos e, conseqüentemente, se cometam crimes.

Em resumo, Gelles (1983: 157; 1997: 133) refere que “as pessoas agridem e abusam dos outros membros da família, porque podem”, pois, entre outras razões, os membros da família têm maior tendência para recorrer à violência quando pensam que os custos são inferiores às recompensas, ou então a ausência de mecanismos, de controlo social, eficazes sobre as relações familiares diminui os custos que os membros da família poderão sofrer ao agirem de forma violenta, entre si.

Na perspectiva de Gelles (1983), quem é violento pode originar custos, dado que existe sempre a possibilidade de a vítima responder com violência, do agressor ser punido/preso ou ainda ser alvo de desvalorização do seu status. Existem, no entanto, três factores que podem reduzir os custos para o agressor: “a desigualdade, a privacidade e a imagem do «*real man*»” (Idem: 157).

No que respeita à desigualdade, esta enfraquece os mecanismos de controlo e reduz os custos, uma vez que as vítimas têm dificuldades em enfrentar os seus agressores. A estrutura normativa da sociedade e da família contribui para que os maridos sejam os maiores e os mais fortes e possuam, em geral, status e rendimentos superiores. As mulheres e as crianças são as vítimas porque não são suficientemente fortes, nem possuem recursos necessários para inverterem os papéis ou então abandonarem a relação (Idem: 159).

A vida privada das famílias dificulta, por vezes, a denúncia por parte de vizinhos ou outros familiares, porque é vista como uma intromissão na vida privada. No entanto, como teremos oportunidade de analisar no ponto 7 deste capítulo, actualmente, o crime de violência doméstica é um crime público que todos têm o dever de denunciar.

Em certas culturas, ser violento significa ser um «*real man*», o que não implica, obrigatoriamente, a perda do estatuto na sociedade. Quando ser violento implica a perda de estatuto, o agressor pode sempre evocar razões, aceites pela sociedade (estar alcoolizado ou ainda ter perdido o controlo), para explicar a violência (Bersani & Chen, 1998).

A teoria de Gelles & Loseke (1993) apresenta algumas limitações, as quais achamos pertinente abordar, de uma forma sumária.

Um indivíduo pode ser violento, enquanto tira proveito da situação, mas com o avançar da violência, o quadro pode ser invertido e o indivíduo poderá continuar a agredir só para manter a sua posição de dominação.

Esta teoria também chama a atenção para uma situação relevante: quanto maior for o isolamento das famílias com problemas de violência, menor será o controlo por parte das entidades sociais.

Apesar de todas as limitações, esta teoria foi bastante notável ao nível da intervenção sobre a violência doméstica. Partindo da premissa “que os indivíduos cometem violência sobre os membros da família porque podem” (Dias, 2004:174). Gelles & Loseke (1993: 161) é de opinião que é importante aumentar o grau de controlo social sobre as relações familiares e os custos decorrentes da violência intra familiar, como forma de prevenir a violência doméstica. Na verdade, só desta forma se consegue “anular a permissão para a violência e levar o indivíduo a assumir as responsabilidades pelo seu comportamento abusivo (Idem:162). A ligação com a comunidade permitirá à família assistência e redução do conflito.

O **Interaccionismo simbólico** não produziu uma teoria na área da violência doméstica, mas abriu novos caminhos para novas pesquisas (Bersani & Chen, 1998).

Nesta perspectiva, os indivíduos interagem com base no sentido que atribuem às coisas e às situações, aonde a interacção se desenvolve num universo simbólico (Azevedo, 1995). Esta premissa indica-nos que os actores estão em constante interacção com os símbolos e valores que os rodeiam. Entre a sociedade e o indivíduo ocorre um processo dialéctico, pois tudo resulta da partilha das interacções, “sendo cada um o produto do outro” (Berger & Luckman, 1967, cit por Dias, 2004).

Na violência doméstica, esta ideia sugere que a violência entre os cônjuges ou outros membros da família “poderá ser melhor compreendida, analisando-se o modo como os membros da família definem as situações e lhes atribuem significado” (Dias, 2004:175). Este não é inerente às coisas, é definido, é desenvolvido e aprendido através da interacção social, onde a comunicação, entre os seus membros, só é possível, porque os significados

são partilhados (Azevedo, 1995:23). É aqui que surge o Interaccionismo simbólico, com conceitos como *self*. No desenvolvimento do “eu”, temos que ter presentes duas componentes do indivíduo: o “*eu*” social (me) e o “*eu*” pessoal (I). Para Azevedo (1995), o “eu” social é o que é percebido pelos outros, enquanto que o “eu” pessoal é a parte do “eu” que se contempla a si mesmo. São estas duas componentes que compõem o “Eu”, proporcionando a ligação entre o indivíduo e a sociedade (Idem: 23). O “eu” social desempenha vários papéis numa mesma sociedade e, apesar de os indivíduos se poderem sentir realizados no seu desempenho, em consonância com as suas expectativas e as dos outros, pode, em certos momentos da sua realização, ser afectado, pois à medida que a família vai passando pelos ciclos de vida, novos papéis e exigências vão aparecer. A transição de um papel para o outro ou até a sua acumulação pode provocar tensões, ansiedade, originando mesmo a violência (Pagelow, 1984; Klein & White, 1996).

Para Vetere & Gale (1987:48), o “stress familiar poderá ocorrer quando os indivíduos já não conseguem desempenhar os respectivos papéis de uma maneira tranquila e integrada”. As causas podem ser externas ou surgirem na mudança dos membros da família. Então, confirmamos que os processos de definição de papéis está em constante mudança e dependem da forma como os elementos da família reinterpretem a natureza da interacção.

Azevedo (1995:25) refere que

Uma boa esposa não é um fenómeno estático, fixo ou predeterminado, mas depende das definições de como deve ser uma boa esposa numa dada sociedade, da congruência entre as definições do eu e de esposa, e das interacções quotidianas que modificam ou intensificam tais definições. Consequentemente, o que define uma boa esposa segundo a sociedade não é o que define uma boa esposa segundo o marido ou outros membros da sociedade.

É urgente reflectir sobre esta questão na análise da violência doméstica, pois é possível que a emergência de situações de violência decorram do desfasamento entre as perspectivas, socialmente construídas, acerca dos diversos papéis e o desempenho desses papéis no dia a dia.

Esta proposta teórico-metodológica é importante para a análise da violência doméstica. Orienta para a forma como a violência pode ser encarada

na família e proporciona conceitos que são importantes para alcançarmos uma teoria.

## **2.2- Teorias macrossociológicas**

Estas teorias preocupam-se em descobrir regularidades e grandes tendências quanto a padrões de comportamentos violentos (Dias, 2004: 177).

Dentro das teorias macrossociológicas, podemos destacar a teoria da sub cultura da violência, a teoria do conflito, a teoria dos sistemas e as perspectivas feministas.

A **teoria da sub cultura da violência** defende que existe uma sub cultura de violência, desigualmente, distribuída na estrutura social. De acordo com Bersani & Chen (1988), as orientações para a violência encontram-se entre certos grupos étnicos e entre aqueles que possuem baixos rendimentos. Para estes grupos, a violência é uma norma, um modo de vida, uma resposta sub cultural (Dobash & Dobash, 1979).

Para esta teoria, uma vez que a violência é considerada como uma resposta, socialmente apreendida, a aprendizagem de comportamentos violentos resulta da integração dos indivíduos num grupo ou sub cultura. O comportamento agressivo é o reflexo do seu próprio processo de socialização. No entanto, nem todos os indivíduos transferem essas regras para a sua acção, o que significa que existem outros factores que levam ao desenvolvimento de atitudes favoráveis perante a violência.

Existem pesquisas que têm vindo a demonstrar que, entre outros grupos, também se desenvolvem sub culturas de violência e que não se restringem a uma classe social, a uma área geográfica ou a um grupo étnico ou religioso (Bowker, 1983), ou seja, a violência pode ser encontrada em todos os contextos (Bersani & Chen, 1988).

Esta teoria, como não se preocupou com a origem dos valores e das normas que levam os indivíduos à violência, deixou, sem resposta, muitas questões que, por si só, limitaram o estudo (Dias, 2004).

A **teoria do conflito** tem como base que o conflito é um elemento indissociável da condição humana (Straus & Gelles, 1986). O conflito é

entendido como natural, como condição da mudança social e como um elemento subentendido nas interações sociais (Bersani & Chen, 1988).

Os indivíduos entram nas relações sociais como potenciais competidores, envolvendo a negociação, que, por vezes, é precedida pelo conflito. Durante o conflito, os indivíduos com menos capacidade argumentativa, portanto, com menos poder, podem afectar não só a duração e a intensidade do conflito, mas também as estratégias adoptadas pelos opositores.

Aplicando estes conceitos à análise familiar, verifica-se que esta também tende a ser regulada pelo conflito. Tal não significa que a família perceba as suas interações diárias como competitivas ou conflituosas. A cooperação é essencial para o funcionamento do grupo, que pode ser vista como oposta. Por isso, implica sempre a aceitação dos compromissos colectivos pelos individuais (Dias, 2004).

As **perspectivas feministas** são identificadas com as teorias críticas e compartilham com aquelas um corpo comum de críticas gerais (Dias, 2004). Recusam, tal como as teorias críticas “o modelo científico dominante e questionam a sua aplicação às ciências sociais” (Dias, 2004:200).

A família é considerada pelas teorias críticas e feministas “como uma instituição opressora, através de diversas formas, ligada a estruturas sociais constringedoras” (Cheal, 1991:10).

A análise crítica à família centra-se na desmistificação da divisão sexual do trabalho e na separação entre este e o lar. Procuram ainda “desconstruir a noção da família e de casamento e explorar as diferenças estruturadoras das diversas formas de representação e de entendimento daquela” (Azevedo, 1995:34).

A análise feminista centra-se nas diferenças de género, dentro da própria família. Estas passaram a ser encaradas não só como um caso particular de divisão do trabalho doméstico, mas também como uma divisão fundamental na família (Dias, 2004).

No entanto, estas divisões podem ser entendidas “em termos de poder ou da diferencial capacidade de cada parceiro para a violência física e a dimensão económica também tem sido alvo de atenção especial nesta problemática” (Morgan, 1985: 222).

Não obstante, a preocupação central destas perspectivas é a opressão da mulher, a sua subordinação ao homem. Neste sentido, as feministas têm estimulado “a visão de que a família se tem tornado mais igualitária e simétrica. Argumentam (...) que a família é um espaço de desigualdade onde as mulheres são subordinadas e desempenham sempre os mesmos papéis” (Abbot & Wallace, 1990: 75)

Contudo, estas perspectivas não ficaram só pelas críticas, propuseram alternativas libertadoras.

Tendo em conta a nossa investigação, é importante perceber como as perspectivas feministas têm vindo a analisar a violência doméstica. A este nível, não existe uma teoria unificada e todas procuram responder às mesmas questões.

Para as feministas, a violência contra as mulheres passa pelo contexto social e pelas diferenças de género e de poder (Dias, 2004).

Estas perspectivas sustentam que o patriarcado e as desigualdades de género, a par dos processos de dominação e de controlo a eles associados, não só estão na origem da violência contra as mulheres, como também são responsáveis pela sua tolerância sócio-cultural (Idem: 208).

As desigualdades, entre os sexos, estão arreigadas na história e tradição da sociedade ocidental.

A **teoria dos sistemas** que foi introduzida por Von Bertalanffy em 1930 (Dias, 2004), pretendia mostrar como eram formadas as partes de um organismo e como essa estrutura mantinha e regulava o seu funcionamento (Azevedo, 1995).

Esta teoria, na perspectiva da família, começou a ser aplicada na terapia familiar, no estudo da esquizofrenia (Dias, 2004).

De acordo com a teoria dos sistemas, “o sistema é orientado por objectivos e é do meio ambiente que adquire «inputs» que são, de seguida, transformados em «outputs»” (Idem: 191). Cada sistema é delimitado por uma fronteira que o separa do meio e que “pode servir de filtro, permitindo ou inibindo a informação de entrar ou de sair do sistema” (Azevedo, 1993:43).

É importante referir que esta teoria enfatiza a relação entre as partes e o todo, ou seja, as interacções. No entanto, isto só faz sentido se “o todo é mais do que a soma das partes” (Idem: 36; Bersani & Chen, 1988:80), pois não faz



sentido que o sistema seja percebido se isolarmos uma das partes, ou seja, o comportamento individual só pode ser compreendido como uma das partes do sistema familiar, se o considerarmos como um todo (Morgan, 1985).

Esta teoria teve necessidade de sugerir a construção de modelos causais mais complexos, através da noção de causalidade circular. Esta nova noção “exige que se explore as representações e os significados que os diversos membros da família partilham, entre si, conseguindo-se, deste modo, avaliar a importância das características e do tipo de relações familiares para a explicação (não linear) dos fenómenos” (Dias, 2004:193).

Sendo de notar que qualquer sistema pode ser fechado ou aberto, é consensual que a família se inclua nos considerados abertos. Deste modo, a família existe num meio ambiente, onde processa um conjunto de trocas. A família recebe do meio “inputs” (recursos materiais, prestígio, estigma, mensagens ideológicas, etc) e envia para este “outputs” (como capacidade de trabalho, trabalhadores, valores, etc.) (Ibidem).

A família, ao partilhar determinadas características com outros sistemas, leva a que se contextualize a noção de violência na família (Idem).

Esta teoria refere a violência como um produto do sistema familiar e não individual. Preocupa-se em investigar os métodos que caracterizam o uso da violência nas interações familiares e em explicar como é que ela é administrada e estabilizada.

### **3. TIPOLOGIAS DOS MAUS-TRATOS NAS RELAÇÕES CONJUGAIS ENTRE OS IDOSOS**

#### **3.1. Maus-tratos e Abandono Físico**

Embora possamos encontrar várias terminologias para definir o acto de mau-trato físico, todos os investigadores estão de acordo quando referem que este existe, quando há um recurso à força física excessiva e inapropriada.

Paralelamente, o acto de abandono físico existe, sempre que o prestador de cuidados realiza as suas obrigações de forma inadequada (Muñoz, 2004:21).

Para Soriano (2002:75), o mau-trato físico “puede ser definido como todo el acto que, de forma intencional (...) produzca (...), lesiones físicas, enfermedades o le coloque en riesgo de padecerlas.” No entanto, os efeitos e sequelas deste tipo de mau-trato são as mais visíveis, o que não significa serem as mais graves (Iborra, 2005).

Quando estes actos produzem lesões de forma intencional, podemos considerar certos indicadores (Soriano, 2002:75 – 76), como:

- Pisaduras, hematomas e feridas que aparecem nas várias zonas do corpo, em diferentes fases de cicatrização, fruto de repetidas agressões ou com formas ou marcas, pouco habituais, de objectos, com que foram produzidas as agressões;
- Queimaduras com formas definidas de objectos concretos e em diferentes fases de cicatrização;
- Fracturas do nariz e dos dentes;
- Torções e deslocações dos membros;
- Sinais de mordidelas e cortes;
- Lesões internas, fracturas, danos cerebrais, asfixia e afogamento.

Autores como Dobard & Dobard (1979, cit. por Dias, 2004:117) são de opinião que “a força física entre adultos na família é na esmagadora maioria dirigida a mulheres.”

Vários estudos, como o desenvolvido por Casimiro (1996), demonstram que o mau-trato físico é acompanhado por outras formas de violência, designadamente pelo abuso emocional e psicológico e ainda pela agressão verbal. Mulheres vítimas de violência conjugal consideram o abuso psicológico mais doloroso e prejudicial do que o abuso físico.

### **3.2. Maus-tratos Psicológicos**

Esta é a forma de mau-trato mais frequente e mais difícil de diagnosticar (Muñoz, 2004), uma vez que se dilui em outras formas de maus – tratos e nas

situações mais vulgares do quotidiano familiar. Muñoz chama-lhes maus-tratos psicológicos e emocionais. Para o autor “se produce cuando (...) inflige agresión verbal crónica, angustia o aflicción mental que hiere la identidad y dignidad de la persona mayor.” Soriano (2002:77), completa este conceito, afirmando que “se puede definir como cualquier acto que rebaje la autoestima de la persona o bloquee las iniciativas de interacción, por parte de los miembros del núcleo familiar.”

Esta forma de mau-trato “tem a particularidade de estar presente nas outras formas, uma vez que cada uma delas constitui violência contra uma pessoa, uma personalidade, que é atingida na totalidade e não apenas num segmento” (Alberto, 2004:32).

Claussen & Crittenden (1991) referem também dentro do mau-trato psicológico, a negligência sócio-emocional e ainda o abuso emocional, que inclui, entre outros, a exploração sexual, a falta de atenção, recusa de tratamento e ainda a falta de afeição física. Porém, O’ Hagan (1994) é de opinião que mau-trato psicológico não inclui o emocional. Para o autor, mau-trato psicológico abarca todos os comportamentos que perturbam ou diminuem o crescimento das capacidades mentais e psíquicas do ser humano. Por sua vez, considera mau-trato emocional, quando o ser humano se vê privado de demonstrar as suas emoções.

Podemos, então entender por maus-tratos psicológicos a manifestação consecutiva de condutas activas, como **rejeitar** (implica condutas de abandono como a rejeição da relação interpessoal, exclusão de actividades familiares e desvalorização do papel da pessoa idosa), **ignorar** (refere situações onde existe uma ausência total de disponibilidade, para responder a qualquer estímulo da pessoa idosa), **aterrorizar** (refere-se a situações onde existe a ameaça de pôr em prática acções extremas, que tentem criar medo intenso na pessoa idosa, utilizando gestos e palavras exageradas), **isolar** (todos os comportamentos que pretendem privar a pessoa idosa da possibilidade de estabelecer uma relação social, negando a interacção com o grupo familiar primário e extenso) e ainda condutas derivadas da omissão, como a privação de sentimentos, tais como o amor, a segurança, a indiferença, entre outras, desde que, de alguma maneira, danifiquem a identidade e a dignidade da

pessoa idosa e, conseqüentemente, contribuam para diminuir a auto – estima (Garbarino, 1996).

Para a pessoa idosa há uma variedade de atitudes, que se podem inscrever no mau-trato psicológico, geralmente aceites como formas de interacção adequadas ou, menos maléficas para o idoso. Neste tipo de mau-trato contra as pessoas idosas, possuem maior impacto as ameaças, sendo, as mais comuns, as de abandono e a institucionalização. A maior parte dos idosos teme acabar os seus dias em lares, longe dos seus amigos e familiares, o que os leva a aceitar situações de abusos para não terem que sair de sua casa (Iborra, 2005).

A violência psicológica pode produzir efeitos diversos nas pessoas, ou seja, uma palavra pode ser muito irritante para uma pessoa e, para outra, pode não causar incómodo nenhum, o que nos leva a concluir que as armas utilizadas e os efeitos produzidos mudam, notoriamente, em cada caso concreto (Torres, 2001).

### **3.3. Maus-tratos Económico/ Financeiros**

As pessoas idosas e as mulheres, vítimas de violência conjugal, são os grupos que têm maior probabilidade de sofrer este tipo de mau-trato. É o tipo de mau-trato que recebe menos atenção e, por isso, é aquele de que menos se sabe (Iborra, 2005).

Este tipo de mau-trato verifica-se, quando existe roubo ou apropriação de dinheiro ou outro tipo de bens pertencentes à pessoa idosa, visando o benefício próprio através de meios desonestos (Tueth, 2000). Estas acções podem ser concluídas, utilizando a violência ou mediante estratégias de engano ou confusão (Soriano, 2002:79).

De acordo com Tueth (2000: 104), os “factores de risco mais evidentes nos casos de vitimação do idoso através da exploração financeira corresponderiam à faixa etária superior a 75 anos, ser do sexo feminino, estar isolado socialmente e apresentar danos cognitivos”.

Os indicadores deste tipo de mau-trato, segundo Muñoz (2004:27) podem ser:

- Mudanças repentinas da conta bancária, incluindo saídas de grandes somas de dinheiro, feitas por uma pessoa que acompanha a pessoa idosa;
- Utilização do cartão bancário, sem autorização da pessoa idosa;
- Mudanças bruscas, no testamento ou em outros documentos financeiros.
- Desaparecimento inexplicado de fundos e pertences valiosos;
- Falsificação da assinatura da pessoa idosa para transacções financeiras;

O mau-trato económico/ financeiro também se pode entender, quando a pessoa idosa não tem necessidade de utilizar todos os seus pertences e, por isso, é despojada dos mesmos, contra a sua vontade. Pode ser um mau-trato ocorrido no seio familiar ou fora dele, onde não há nenhuma relação com a pessoa idosa (Idem: 24).

Pritchard (2000) afirmou que muitas das pessoas que sofrem este tipo de mau-trato, não o consideram como tal, visto que estão habituados a tais comportamentos. Quando este é considerado, pode levar a depressões, à desconfiança e à baixa auto-estima. Contudo, este tipo de mau-trato poderá ter um grande impacto na qualidade de vida da pessoa idosa, podendo limitar as suas escolhas, a longo prazo. A falta de dinheiro poderá até afectar as suas necessidades básicas (Pritchard, 2003).

O abuso económico tem, normalmente, uma ligação estreita com o mau-trato emocional e a intimidação; por isso, é considerado uma forma visível de mau-trato.

Choi, Kulick & Mayer (1999), numa investigação nos Estados Unidos sobre este tipo de mau-trato, através de entrevistas a pessoas idosas maltratadas, verificaram que o mau-trato económico poderia ter efeitos duradouros e bastante profundos. Dos 132 casos estudados, constataram que a maioria destas pessoas tinha problemas em manusear o dinheiro, como consequência de problemas mentais (ex. Alzheimer) ou de outra incapacidade. Os tipos de abuso económico mais comuns eram a burla, o engano e a exploração.

Neste tipo de situação, as vítimas sentem-se envergonhadas e perdem a confiança em si próprias.

Pritchard (2000), no seu estudo, encontrou uma relação entre a vulnerabilidade da pessoa idosa e as circunstâncias gerais da família. O agressor poderá ser um membro muito próximo da pessoa idosa (filhos ou cônjuge), outros membros da família já mais afastados, ou ainda pessoas que não pertencem à família, mas que desenvolvem uma relação de confiança com a pessoa maltratada (Choi et. al., 1999).

Tueth (2000) salienta que, quando um cuidador ou parente mostra excessivo interesse pelos bens da pessoa idosa ou demonstra excessiva dominação sobre a mesma, deve-se suspeitar de um provável abuso.

### **3.4. Maus – tratos por Negligência**

A negligência é a forma de mau-trato mais frequente e caracteriza-se por uma falha consecutiva na satisfação das necessidades (físicas, sociais, afectivas, psicológicas e intelectuais) da pessoa idosa. Esta negligência pode ser produzida, de forma consciente e inconsciente, como produto da ignorância e incapacidade para proteger e cuidar da pessoa idosa (Soriano, 2002).

É importante, quando se fala de negligência, referirmo-nos também ao abandono, visto que a negligência é “uma forma passiva de violência em que se mantém alguma relação (...), no abandono, a rejeição é total” (Alberto, 2004: 30).

Na negligência, não é assumida a função de cuidar da pessoa idosa, nos vários níveis: alimentar, clínico, social, afectivo, entre outros. Não existe um relacionamento (positivo ou negativo) com a pessoa idosa, ignorando-se a sua existência.

A negligência pode manifestar-se não só de forma activa como passiva.

Para Muñoz (2004:22), “la negligencia activa sucede cuando los cuidadores del anciano, aun siendo conscientes de sus obligaciones, rehúsan prestarle la atención necesaria”, criando-lhes momentos de stress emocional ou físico. A negligência passiva acontece, quando é provocada de forma inconsciente e sem intenção.

Como já foi mencionado, a negligência surge sempre que as necessidades da pessoa idosa não são satisfeitas e verificar-se, quando:

- Não é proporcionada alimentação adequada, em termos de dietas, quantidade e qualidade;
- O vestuário não é adequado ao tipo de estação;
- Não é ministrada a higiene corporal, conforme as necessidades;
- Não são ministrados os cuidados médicos necessários;
- A pessoa idosa que necessita de cuidados não é devidamente supervisionada e, por isso, produzem-se repetidos acidentes domésticos;
- Existe falta de apoio e companhia;
- As condições da casa são perigosas, pondo em causa a saúde e a integridade física da pessoa idosa;
- Não são facultados à pessoa idosa os meios para ajudar a melhorar a sua autonomia, como por exemplo, óculos, próteses, ajudas técnicas, entre outras (Soriano, 2002:77).

A negligência e o abandono a que os idosos estão sujeitos evidenciam, com frequência, a falta de informação e de capacidade do cuidador para tratar do idoso dependente e ainda a ineficiência das políticas sociais de suporte à família para cuidar de seus membros dependentes, nos domicílios, ausência de uma oferta adequada de instituições voltadas para os cuidados, de longa duração, da população idosa.

A implementação dos Serviços de Apoio Domiciliário surgiram com o objectivo de dar maior suporte à família para cuidar dos seus idosos em casa, podendo ser uma das alternativas para conter a violência na família e diminuir os índices de abandono e negligência.

### **3.5. Abuso Sexual**

Definir abuso sexual não é tarefa fácil, uma vez que assenta em pressupostos culturais que definem, em cada grupo, o que é aceitável e punível. O abuso sexual está, normalmente, associado a uma dimensão física e a uma dimensão psicológica, que se podem apresentar de forma isolada ou conjunta. Curiosamente, só a partir da década de 70 do séc. XX, é que começou a haver uma maior atenção para este problema, sendo até aí impensável falar de abuso sexual, no próprio casamento. Na cultura Ocidental,

está implícito que o acto sexual faz parte dos deveres do casamento. Pagelow (1984:420) refere que o casamento tradicional entre outras coisas “asegura o direito do marido à intimidade sexual, de tal forma que se ele desejar ter sexo com a mulher, ela tem a obrigação de cooperar”. Por outras palavras, “a licença de casamento é uma licença de violação” (Finkellon & Yllo, 1983:119). Ora, nesta perspectiva, o abuso sexual nunca foi tido em consideração, o que leva a que algumas mulheres que têm relações sexuais, indesejadas, não considerem que isso seja uma violação (Pagelow;1984). Tais pressupostos baseiam-se no modelo misógino, onde o homem é o chefe da família e o corpo da esposa é uma pertença dele.

Embora sob o ponto de vista legal, a legislação respeitante ao abuso sexual, só o considera, quando praticado fora do casamento, para Muñoz (2004), é considerado abuso sexual todo o contacto sem autorização, abarcando a violação e o atentado ao pudor.

No caso concreto dos idosos, Finkelon (1983) acredita que “opone una relación asimétrica en la cual el cuidador impone un tipo de conducta al anciano”.

Os indicadores deste tipo de mau-trato podem ser (Soriano, 2002:27):

- Contusões em redor do peito e da zona genital;
- Doenças venéreas ou infecções genitais inexplicadas;
- Hemorragias anais e vaginais;
- Roupa interior rasgada e com sangue;
- Informações por parte da pessoa idosa de ter sido agredida e violentada;

Assim sendo, o abuso sexual pode atingir diversas formas e consequências, normalmente, nefastas para a mulher.

### **3.6. Síndrome de Münchhausen**

Ascher (1951) introduziu a denominação *síndrome de Münchhausen* e foi o primeiro a descrever um padrão de auto-dano, onde os pacientes que “confeccionavam” histórias clínicas com falsos sintomas e absurdas evidências



sobre enfermidades, se submetiam a múltiplas investigações médicas, operações e tratamentos desnecessários, mesmo correndo risco de vida.

Esta denominação conta, actualmente, nos manuais de psiquiatria entre os transtornos factícios ou fictícios, ao lado dos simuladores, mas distinguindo-se deles por não ter uma clara motivação, como a fuga de um processo criminal ou do recrutamento militar, a obtenção de moradia, de drogas ou de compensação financeira. A única motivação aceite e compatível com o diagnóstico de Münchhausen é a de querer ocupar o papel de doente (Ibidem).

O Síndrome de Munchhausen é uma perturbação mental em que as pessoas se auto-mutilam, alegam sofrer de uma doença grave ou, mesmo, se submetem a uma cirurgia para tratar de uma enfermidade inexistente, com o propósito de chamar a atenção para si. Deste quadro psicopatológico faz menção o Barão von Munchhausen (1720-1797), militar alemão, cuja fama de mentiroso atravessa os séculos, tendo por hábito contar histórias fantasiosas das suas viagens (Acota, 1998).

Esta forma de mau-trato acontece, quando a pessoa idosa é submetida a exames médicos constantes, alegando sintomas físicos patológicos, fictícios ou produzidos, de forma activa, por terceiras pessoas. Esta simulação de sintomatologias físicas pode ser realizada com a simples invenção de sintomas, dificilmente demonstráveis, ou ainda com a administração de certas substâncias, tais como, sal em excesso, insulina, tranquilizantes e outros, ou ainda através da manipulação de amostras para análise (Soriano, 2002: 79).

A frequência deste sintoma é baixa. Predomina nas mulheres jovens e de meia-idade, apesar de se referirem a todas as idades e a ambos os sexos. Os pacientes com Síndrome de Munchhausen têm, com frequência, transtornos de personalidade, incluindo pouco controlo dos seus impulsos, condutas autodestrutivas e personalidade passiva/agressiva (Nicholls & Giacopelli, 1995: 545-547).

Podemos ainda considerar a síndrome de **Munchhausen por procuração**, isto é, por meio de um substituto. Este substituto será alguém e não a pessoa doente que finge ou causa a doença. Este tipo de mau-trato, normalmente, está associado aos maus-tratos infantis.

A síndrome de Munchhausen, por procuração, também foi chamada síndrome de Polle, por causa do filho do Barão Von Munchhausen, chamado

Polle, que, segundo relatos, morreu sob circunstâncias misteriosas, próximo da época em que faria um ano. Uma pessoa que sofre de síndrome de Munchausen por procuração pode estar à procura de atenção. Essa atenção, por vezes, é conseguida no hospital e não em casa.

Deve suspeitar-se deste tipo de mau trato, quando (Ibidem):

- Os sintomas clínicos são persistentes;
- Existe uma discordância entre a história clínica e as manifestações;
- As manifestações clínicas se apresentam, na presença da família, cedendo, quando ela não está presente;
- Quando os diagnósticos complementares não confirmam as suspeitas diagnosticadas;

Muñoz (2004: 25), por sua vez, denomina esta forma de mau-trato de violência medicamentosa. Esta consiste em administrar medicação inadequada, com o objectivo de conseguir que a pessoa idosa esteja sempre tranquila. Segundo o autor, é um tipo de mau-trato institucional, que, no entanto, já acontece a nível familiar.

#### **4. MODELOS CAUSAIS EXPLICATIVOS DOS MAUS-TRATOS CONJUGAIS NAS PESSOAS IDOSAS**

Existem diversos modelos para explicar a etiologia dos maus-tratos conjugais que, como já foi ilustrado, se revestem de grande complexidade. Daí que, apesar das diferentes abordagens teóricas para explicar as causas dos maus-tratos, dificilmente se consegue produzir uma explicação consensual sobre as suas causas.

Estas abordagens realçam, com maior ou menor incidência, as características do contexto onde se desenvolvem os maus-tratos, apelando para a importância da interacção entre os elementos do grupo familiar. Assim, irão ser apresentados, de forma muito sumária, os vários modelos explicativos dos maus-tratos conjugais.

Estes modelos permitem-nos ir além da mera detecção de indícios, levando-nos a compreender as dinâmicas que produzem comportamentos abusivos. Os modelos são um instrumento fulcral, não só para a interpretação de indícios, de planeamento de intervenções e de desenvolvimento de práticas preventivas, mas também da própria avaliação forense (avaliação da própria capacidade do idoso em testemunhar os indícios da ocorrência dos maus tratos e as suas repercussões sobre a saúde mental).

Os modelos, aqui referenciados, reproduzem muitas semelhanças com modelos, já utilizados, na explicação dos maus-tratos infantis e da violência familiar, em geral, onde podemos incluir os maus-tratos conjugais a idosos.

#### **4.1. Modelo Psicológico /Psiquiátrico**

O modelo Psicológico/Psiquiátrico focaliza a sua atenção nas características individuais do agressor ou, ainda que menos extensamente, na personalidade da vítima. Este modelo tenta focalizar a sua análise na acção do agressor, centrando-se no que o poderá levar a agredir e ainda procura identificar as características psicológicas de quem suporta os maus – tratos.

Algumas das causas que explicam o comportamento de quem maltrata abrangem “perturbações psicológicas (...), stress, baixa auto – estima, dificuldades na empatia, na comunicação e no auto – controlo, bem como nas pobres competências sociais” (Pagelow, 1984 cit. Matos, 2003:90) Assim se postula que o agressor/ maltratante tenha dificuldades, no momento, em controlar os seus impulsos.

Para além das características psicológicas referidas, pode ser também causa a irritabilidade, estilo de personalidade agressiva e hostil, ansiedade, depressão e as queixas somáticas.

É importante referir que, neste modelo, o agressor/ maltratante é liberto de responsabilidade pelo seu comportamento, visto que as:

primeiras teorias sobre a violência conjugal assentavam, frequentemente, em opiniões generalizadas de que o ofensor era doente ou perturbado. (...) estava implícita a crença de que a violência conjugal seria um assunto privado, a não ser discutido fora de casa, bem como um incidente isolado provocado pela anormalidade do perpetrador (Matos, 2003:91).

Este modelo aponta ainda como causa de maus-tratos a transmissão intergeracional do abuso, que afirma que a experiência de vitimação, na infância, favorece a sua perpetuação, durante o período adulto (Muñoz, 2004). Nesta teoria, é enfatizada a aprendizagem social como uma das causas, visto que ser vítima ou observar um comportamento abusivo, na infância, aumenta a probabilidade de ser um adulto abusivo. Aqui,

a família é percebida como uma entidade que pode ensinar, por modelagem/imitação, comportamentos violentos, cuja implementação é determinada por processos de reforço ou punição. Aí, os indivíduos poderão aprender, não só estratégias maltratantes, mas valores morais que viabilizam os comportamentos violentos (Matos, 2003:94).

Os adultos que, na sua infância, foram vítimas de maus-tratos, “têm dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais íntimas, tendo sido principalmente assinalados menor satisfação e menor ajustamento, nomeadamente desacordo e falta de intimidade e de suporte na relação com o companheiro” (Figueiredo et al., 2003:179).

Importa referir que os adultos que relatam histórias de maus-tratos, na infância, apresentam mais sintomas psicopatológicos, mais sintomatologia depressiva, mais sintomas dissociativos (Ellanson, Ross, Sainton & Mayran, 1996), mais comportamentos mutiladores (Dulz, 1997; Tobin & Griffing, 1996), mais tentativas de suicídio e autocrítica (Tobin & Griffing, 1996), mais comportamentos violentos, condutas agressivas, mais consumo de álcool e outras substâncias (Brown & Anderson, 1991).

De acordo com este modelo, o abuso corresponderia a um ciclo de violência familiar no qual as crianças maltratadas ou abusadas se tornariam as abusadoras. Isto é, os maus-tratos perpetuar-se-iam, de geração em geração.

O álcool e o consumo de outras substâncias pelo agressor podem levar a maus-tratos. No entanto, não existem dados que demonstrem essa causalidade, embora em alguns estudos, como os de Doerner & Lab (1995), mais de metade dos maltratantes bebem, em excesso. No entanto, apesar do álcool estar presente no grupo dos maltratantes, no momento do mau-trato, uma grande maioria deles fá-lo também, mesmo sóbrio ou após ingestão moderada. Contudo, a violência é mais severa neste tipo de maltratante do que

noutros que não ingerem álcool. Os maus-tratos também são mais sérios se o maltratante está alcoolizado (Browne, 1987 cit. Matos, 2003).

A cognição social também é apontada como umas das causas. Refere-se ao grau de conhecimento e formação que o agressor/ maltratante possui sobre o envelhecimento.

Segundo Muñoz (2004:46), resulta “de las expectativas irreales de los cuidadores sobre el anciano, al intentar que este desarrolle conductas absolutamente inapropiadas en relación con su estado físico y mental.” Para o mesmo autor, a aplicação do mau-trato, como algo apropriado e inapropriado, reflecte diversos processos cognitivos da pessoa que cuida do idoso, através de atitudes, juízos de valor que, provavelmente, influenciam o tipo de mau – trato aplicado.

Ainda segundo este modelo, os maus- tratos podem aparecer quando, na relação entre a pessoa idosa e o seu cuidador, se produzem mais interacções negativas do que positivas, porque todo o comportamento social se baseia numa política de ganhos e perdas (Ibidem). Se as situações negativas acontecem, em maior escala, do que as positivas na relação, mais probabilidade existe de haver maus-tratos.

De acordo com McDonald & Collins (2000), este modelo chamado “Stress Situacional”, diz-nos que os maus-tratos são um fenómeno situacional que acontecem quando se gera stress no cuidador. Este stress poderá ser causado por incapacidade física ou mental da vítima, bem como por condições socio-económicas desfavoráveis e por baixas competências do “coping” do cuidador. Então, seria o stress que levaria o cuidador a praticar os maus-tratos.

#### **4.2. Modelo Sociológico/ Cultural**

O modelo sociológico centra-se nas condições sociais que provocam o Stress, que sufoca o funcionamento da família, assim como os valores e práticas culturais que estimulam a violência social e os maus -tratos nas pessoas idosas. Isto é, o stress social, em contacto com determinados factores do ambiente cultural e da dinâmica familiar, poderá dar origem a episódios de maus – tratos. Esta situação pode acontecer, quando uma pessoa idosa

necessita de cuidados e o seu cuidador (cônjuge ou outro) não contar com a ajuda de outros elementos familiares ou institucionais. Para atenuar o Stress e prevenir o isolamento social, poderá ser levado a provocar situações de maus -tratos.

Para Muñoz (2004:48), “es preciso intentar especificar el tipo de estrés: interno (características de personalidad del cuidador) o externo (hacinamiento, pobreza, etc.)”. O stress externo, segundo estudos de Pillemer (1986), não está relacionado com os maus-tratos nas pessoas idosas. O isolamento social é, como já foi referido, uma causa de maus-tratos nas pessoas idosas, dado que o stress, produzido pelo empobrecimento social, pode fortalecer a predisposição para os maus-tratos. Por outro lado, a pessoa apoiada por um sistema social, forte, está em melhores condições para enfrentar qualquer tipo de stress (Ibidem).

Determinados factores económicos também podem ser apontados como causas de maus-tratos, pois a precariedade económica influencia a qualidade das interacções familiares.

Contudo, muitas mulheres ainda “não alcançaram a independência política, social e económica que lhes concederia o poder de abandonar uma relação problemática” (Costa & Duarte, 2000: 62).

Numa abordagem sócio-cultural, os maus-tratos, especialmente dirigidas à mulher, são concebidos como resultado do seu tratamento histórico e da sociedade patriarcal.

Na conjuntura patriarcal, os maus-tratos eram justificados, visto que os homens reconheciam o seu poder e autoridade sobre as mulheres e o uso da força surgia como forma de se manter o domínio masculino. A teoria dos recursos de Goode (1971, cit. por Costa & Duarte, 2000) diz-nos que a força física é um dos recursos que o marido tem para exercer a seu poder sobre a mulher. No entanto, a violência também poderá levar a um comportamento compensador da falta de poder, por parte do marido, em algumas áreas do casamento.

Esta conjuntura é fortemente criticada pelas feministas que afirmam que a “família actual tem que ser repensada” (Matos, 2003:95).

McDonald & Collins (2000) defendem que cada relação é caracterizada pela reciprocidade ou por igualdade nas recompensas experimentadas. Numa

relação, cada pessoa tenta retirar o maior número de recompensas e o menor número de perdas.

Com o envelhecimento ocorrerá uma maior dependência, um menor estatuto social, o que poderá levar a desequilíbrios, nas trocas sociais, entre os agentes envolvidos. Este tipo de situação poderá conduzir aos maus-tratos financeiros, físicos e psicológicos, fazendo com que o cuidador assuma maior poder e menor recompensa.

### **4.3. Modelo centrado na pessoa idosa**

O modelo centrado na pessoa idosa, contrariamente ao do modelo sociológico, considera que a vítima apresenta determinadas características que a colocam numa situação de risco, abandono ou abuso. Certas características da pessoa idosa podem provocar no outro frustração e stress, aumentando o risco de vir a ser maltratada.

Segundo Soriano (2002:82), existe mais probabilidade de ocorrer este tipo de maus-tratos nas seguintes situações:

- A pessoa idosa sofrer de uma doença física que impeça o funcionamento intelectual, a memória, o controlo da urina e das fezes e dos movimentos;
- Existirem dificuldades de comunicação;
- A pessoa idosa depende, física e psiquicamente, de um membro da família para os seus cuidados básicos;
- A pessoa idosa exija muita atenção, gerando um elevado nível de Stress na pessoa que está com ela;
- A pessoa idosa sofra vários transtornos, que gerem alterações na sua personalidade e no seu comportamento, tais como, deambulação, perguntas constantes, agressões, falta de consciência das suas capacidades, etc.

Comijs (1988, cit. por Muñoz, 2004:53) identifica alguns factores de risco que podem originar maus – tratos, dentro deste modelo. Refere, por exemplo,

que a convivência da pessoa idosa com o companheiro, num estado de saúde precária, favorece a agressão verbal. A mesma relação de convivência, associada a um estado depressivo, proporciona a agressão física. O facto de a pessoa idosa viver só e depender de outros, poderá permitir a aparição da violência económica.

Alguns factores de risco favorecem a aparição de situações de abuso. A combinação de elementos psicológicos, sociais e económicos com as condições físicas e psicológicas da vítima e do agressor contribuem para a sua manifestação, ou seja, na análise do mau-trato a pessoas idosas, há que considerar o papel que o idoso exerce na sua própria violência.

Na interacção conjugal, existem evidências de distinção de casais violentos e não violentos. A qualidade da relação conjugal tem sido estudada, observando-se o seu nível de intimidade e o prazer que obtêm com a relação (Costa & Duarte, 2000). A satisfação da relação está associada aos padrões de comunicação do casal. A acumulação de conflitos que não foram solucionados “produz raiva, agressão e contribui para a tensão no casal (Gottman, 1979, cit. por Costa & Duarte, 2000).

O modelo centrado na pessoa idosa incorpora tanto o perfil psicológico da pessoa que maltrata, como o perfil da pessoa idosa maltratada, assim como a interacção, entre ambos. Tendo em conta esta perspectiva, o mau-trato resultará de um comportamento descompensado, entre a pessoa idosa e o agressor.

#### **4.4. Modelos de interacção social**

Os modelos de interacção social são desenvolvidos por Bronfenbrenner (1979, 1999), que os denomina de teoria bioecológica do desenvolvimento humano. Esta analisa a percepção dos idosos sobre as relações de violência na família e propõe que o desenvolvimento humano bioecológico deve ser estudado, através de uma interacção entre quatro núcleos: o processo, as pessoas, o contexto e o tempo (Koller, 2004).



O **processo** é definido como a relação fundamental, com ênfase na interacção do organismo com o ambiente. Para que o desenvolvimento aconteça, o idoso tem que estar envolvido numa actividade, por períodos prolongados de tempo, onde haja complexidade progressiva das actividades em que está inserido, bem como o estabelecimento de relações interpessoais de exploração da pessoa (Ibidem). A forma como as pessoas idosas percebem o seu contexto e as suas relações são fundamentais para o desenvolvimento.

As características das **peessoas** são geneticamente determinadas, como já vimos no primeiro capítulo, e construídas na interacção com o ambiente. A este propósito, Portugal (1992), em consonância com as ideias de Bronfenbrenner (1979) distingue alguns aspectos que vamos analisar, pontualmente: o sujeito é encarado como um ser dinâmico que age e interage, transformando o mundo numa constante interacção entre o sujeito/ambiente. É preciso explicar que o ambiente, para o desenvolvimento humano, não é apenas aquele que o circunda, mas todos os outros contextos.

O terceiro componente do modelo é o **contexto**. Este é constituído por vários níveis estruturais interligados: o microsistema, o mesosistema, o exosistema e o macrosistema.

O microsistema refere-se à família que envolve a pessoa idosa. Inclui a qualidade das relações familiares e conjugais, a saúde, o temperamento, e tamanho da família e ainda os incidentes que podem levar aos maus – tratos.

O mesosistema é um conjunto de interrelações de contextos em que o indivíduo participa, activamente. A pessoa idosa faz parte de um sistema mais amplo, constituído pelos parentes mais próximos, comunidade e estrutura económica o exosistema. O macrosistema refere-se a modelos existentes nas culturas ou sub culturas, que afectam o complexo de estruturas e actividades ocorrentes, nos níveis de participação mais próximos e concretos. Esta estrutura está relacionada com as influências a que as pessoas estão sujeitas, dependendo do nível sócio-económico, grupo étnico e cultural a que pertencem, bem como às características urbanas ou rurais.

O **tempo** é o quarto componente do modelo bioecológico. Este é analisado em três níveis: macrotempo, microtempo e mesotempo. Koller (2004) aponta que o microtempo se refere à continuidade e descontinuidade, observadas dentro de um pequeno episódio, nas relações próximas. O

mesotempo diz respeito à periodicidade dos episódios, através de intervalos de tempo, como dias e semanas. Já o macrotempo abarca as expectativas e a mudança, dentro de uma sociedade, através das gerações, como resultado do desenvolvimento humano.

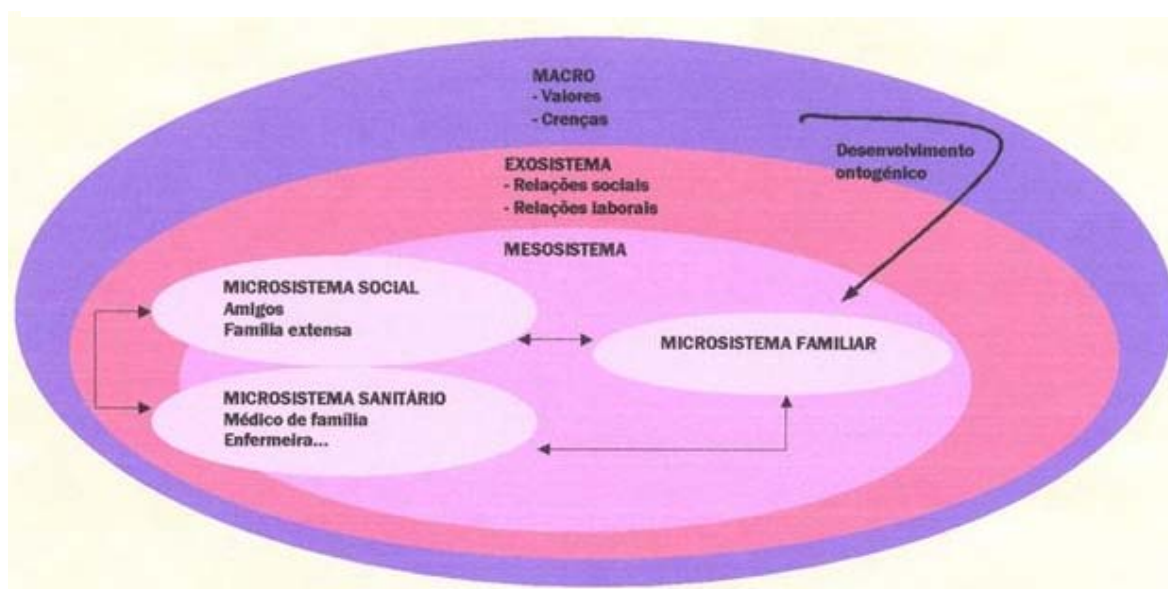
Belsky (1980), partindo do modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, adoptará a terminologia deste investigador (microsistema, ecossistema e macrosistema), assumirá o conceito de desenvolvimento ontogénico, proposto por Tinbergen (1951) e irá integrando, em cada um destes níveis ecológicos ou subsistemas, todos os factores que, até ao momento, haviam apontado para as diferentes perspectivas. O resultado desta síntese é um modelo conceptual que permite articular, em distintos níveis de análise, os factores e processos explicativos que contribuem para a etiologia do mau-trato.

O modelo de Belsky, embora ideal para uma aplicação com menores, é perfeitamente extrapolável aos maus-tratos com pessoas idosas.

O modelo Ecológico-ecossistémico, de carácter socio-interaccional, amplia e estende o proposto por Garbarino (1977) e encontra-se entre as mais compreensivas propostas até à data.

Belsky (1980) considera que o mau-trato se produz num processo de interacção dos diferentes níveis ecológicos (individual, familiar e ambiental), e entende que as forças ambientais, assim como as características pessoais, actuam de maneira dinâmica e interactiva, na génese do mau trato. Por conseguinte, este fenómeno é entendido como a expressão de uma disfunção no sistema relacional, e não, exclusivamente, como se sustém de outros posicionamentos, consequência dos rasgos patológicos da personalidade, de um elevado nível de stress ambiental ou de características particulares dos sujeitos.

Fig. 2 - Modelo ecológico de Belsky (1980)



Fonte: Torío & Peña (2006)

O desenvolvimento ontogénico refere-se à transmissão que as pessoas arrastam consigo e nele se consideram as variáveis, relacionadas com a sua história pessoal e de criança, assim como os restantes elementos que chegam a configurar a sua personalidade. Tanto a relação como o tipo de cuidado e atenção, recebidos durante a infância, poderão condicionar a capacidade para o desempenho do papel conjugal. Uma história infantil caracterizada por situações de maltratado, por carência ou rejeição afectiva, predispõe a mostrar comportamentos similares aos que os seus pais utilizaram, entre eles. Tais situações provocariam uma aprendizagem inadequada de habilidades para o manejo de condutas. A transmissão intergeracional dos maus-tratos foi estudada desde os inícios (Helfer e Kempre, 1968) como uma variável que coloca os sujeitos em situação de risco para reproduzir o problema. Portanto, há que ser, claramente, considerada como possível factor desencadeante de situações de mau-trato.

O microsistema faz referência ao contexto imediato onde tem lugar o mau-trato, estando incluídas, neste nível, as características psicológicas e comportamentais dos membros do sistema familiar, apresentando especial relevância a interacção que se produz, entre todos eles. Determinadas

características (capacidade empática, tolerância ao stress, tendência à depressão, alterações de personalidade) e de relação (desajuste e/ou violência conjugal), em interacção com variáveis temperamentais e comportamentais, devem ser consideradas como possíveis desencadeantes de situações de maus-tratos. Do mesmo modo, a qualidade da relação estará, perfeitamente influenciada pela relação do casal. Assim, o desajuste conjugal adquire o seu verdadeiro potencial, como factor desencadeante do mau-trato, quando gera nos cônjuges instabilidade psicológica, tensão e stress.

O exossistema representa as estruturas formais e informais nas quais se encontra, imerso, o microsistema familiar, fundamentalmente o mundo laboral e as relações sociais. Um dos aspectos mais estudados, a este nível, foi o referente às relações laborais e, mais concretamente, ao desemprego. Quanto às relações sociais, sabemos que a ausência de apoio social e o afastamento provocam uma redução da tolerância ao stress que dificulta uma relação quotidiana normalizada.

O macrosistema representa os valores culturais e os sistemas de crenças que permitem e fomentam a violência, através da influência que exercem os outros três níveis: a pessoa, a família e a comunidade. Situações sociais como a crise económica, as atitudes sociais com o cônjuge, a mobilidade social e a emigração, entre outras, podem afectar, de maneira incisiva, as distintas situações familiares e, conseqüentemente, a possibilidade de ocorrência de outras situações de violência e maus-tratos. Este nível pode considerar-se constituído, fundamentalmente, por variáveis sócio-económicas, estruturais e culturais que fortalecem todos os grupos humanos.

Este modelo teórico analisa o problema numa perspectiva multicausal, não se interessa somente, pela soma dos factores, mas pelo efeito multiplicador que possam possuir, no seu conjunto. Logo, não basta conhecer e analisar os factores de risco, é necessário analisar as suas relações e estudar seus efeitos interactivos.

O modelo de Belsky não defende os efeitos aditivos ou cumulativos de cada um dos sistemas de influência, mas a sua mútua interacção. Todas as influências interactuam para dar lugar a determinadas transacções familiares, que, em último caso, podem derivar em mau – trato (Muñoz, 2004:51). Este

modelo não especifica, se para existir mau-trato é necessário produzir-se num transtorno em um ou mais sistemas.

Uma investigação só é ecologicamente válida, se for levada a cabo num contexto natural, envolvendo objectos e actividades do dia a dia (Cecconello & Koller, 2004).

Para Muñoz (2004:50), “el trabajo y el apoyo social son dos elementos clave en la prevención del maltrato. El desempleo, dificultades, apuros económicos, baja autoestima, falta de satisfacción laboral influyen en el abuso.” E, por último, o macrosistema é constituído pelas atitudes sociais, geradoras da violência em geral, no país ou comunidade.

## **5. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTUGAL**

Se tivermos em atenção o I Plano Nacional contra a Violência Doméstica, verificamos que aí, é referido que esta põe em causa, os direitos da pessoa humana, e que todos os seres humanos têm igual valor e dignidade. A violência doméstica é uma questão de âmbito social e psicológico e tem as suas raízes, não só no mais profundo do indivíduo, mas também nas ideias, valores e mitos que estruturam a sociedade.

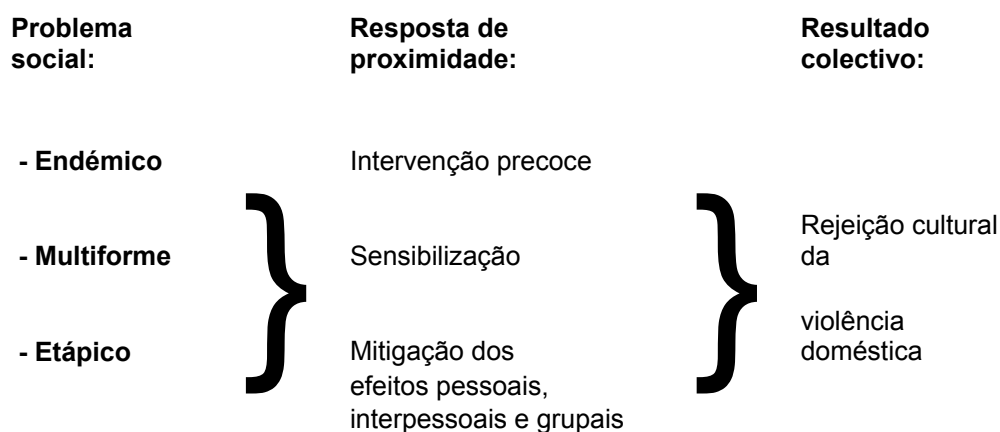
Deste Plano, diz o relatório Penélope sobre a Violência Doméstica no Sul da Europa, “que foi parcamente cumprido”. E acrescentou que não passou de um aglomerado de intenções, sem indicação explícita dos operadores de cada medida, nem o calendário de cada uma, nem o orçamento que dispunha para tal.

Por sua vez, no II Plano Nacional contra a Violência Doméstica, é referido que este é um problema velho para o qual urgem respostas, no sentido de solucionar a persistência de flagrantes desigualdades entre homens e mulheres. Pretende mudar a situação vigente, focalizando a sua intervenção na Violência doméstica exercida sobre as mulheres. Este plano progrediu bastante em relação ao primeiro, na área da justiça e da segurança.

Houve uma grande preparação das polícias, que receberam formação específica para o atendimento e o encaminhamento das vítimas de Violência Doméstica. Foram ainda criados instrumentos com um conjunto de dados uniformizados que permitiu objectivar e homogeneizar as estatísticas já existentes.

Conforme esta premissa, e com o objectivo de responder a tal questão, as forças de segurança pretendem, através do diagnóstico do problema social e das respostas de proximidade, atingir um resultado colectivo, tal como podemos observar na figura nº3.

**Fig. 3 – Do problema social ao resultado colectivo**



**Fonte:** M.A.I.

As forças de segurança, partindo do problema social, (Endémico, Multiforme e Etápico), pretendem conseguir respostas de proximidade, como a Intervenção precoce, a sensibilização e mitigação dos efeitos pessoais, interpessoais e grupais, com o objectivo de atingir um resultado colectivo, isto é, a rejeição cultural da violência Doméstica.

Ao analisar o despacho do Ministério da Administração Interna (MAI) n.º15/98 de 9 de Março, prevê-se que a notação estatística dos crimes de violência física e/ou psicológica exercida sobre mulheres, menores ou dependentes a cargo, passará a ser implementada, de forma autónoma, pelas forças de segurança. Os dados recolhidos deverão constar nos relatórios mensais de ocorrências destas forças, bem como nos relatórios anuais de actividade.

Por sua vez, o despacho do M.A.I. n.º16/98 de 9 de Março legisla os programas de policiamento de proximidade e de atendimento, por parte das forças de segurança, da vítima de violência, e ainda prevê que os planos de segurança, pessoal e manual de atendimento deverão ser distribuídas em todos os postos territoriais da Guarda Nacional Republicana (GNR) e em todas as esquadras da Polícia de Segurança Pública (PSP).

De acordo com este despacho, passou a ser considerado como

acto de violência doméstica qualquer crime, previsto no código penal, alegadamente cometido contra a vítima por alguém que com ela reside habitualmente no seu alojamento, independentemente da relação de parentesco, de consanguinidade ou afinidade, ou outra qualquer relação, com o agressor e a vítima.

Foi ainda definido, pelo despacho supra citado, uma estrutura de informação para um conjunto de crimes enquadrados na Violência Doméstica, tais como, n.º de ocorrências, agente/suspeito, detidos, grau de parentesco, agressor/vítima, vítima e tipo de arma utilizada. É de salientar que esta discriminação apenas aparece na tabela de apuramento da PSP. São designados, ainda, os tipos de crimes previstos no Código Penal (crimes contra a vida, contra a integridade física, contra a liberdade e autodeterminação sexual, contra a honra, contra a reserva da vida privada e ainda contra a família).

### **5.1- Indicadores Estatísticos**

Os dados estatísticos que caracterizam a violência conjugal sobre as mulheres “são difíceis de reunir, uma vez que, na maior parte das vezes, não são sequer registados ou são-no com lacunas, nomeadamente, na identificação de situações (Costa, 2005:226).

Em Portugal e, na consequência do projecto INOVAR (do Ministério da Administração Interna), tornou-se, da competência das forças de segurança, a recolha de dados estatísticos e a elaboração de relatórios sobre a violência doméstica.

Enquanto notação estatística autónoma, a violência doméstica passou a figurar nas estatísticas das forças de segurança a partir de 1998, na sequência do despacho número 16/98 de 9 de Março.

Como indicadores estatísticos oficiais a nível nacional, utilizamos:

- o relatório do Indicador Estatístico Nacional da Violência Doméstica, do Ministério da Administração Interna, com dados de 2000 a 2005;
- os dados da Direcção Geral da Administração Interna, do Ministério da Administração Interna, com dados a nível do Distrito de Aveiro e dos dois concelhos em estudo;

São ainda utilizados os dados estatísticos das organizações de apoio social, como é o caso da APAV, passando pela caracterização das vítimas do geral para o caso particular das pessoas idosas e ainda da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM), serviço de informação a vítimas de violência doméstica (SIVVD).

### **5.1.1- Indicadores Estatísticos oficiais a nível nacional**

Os indicadores oficiais a nível nacional foram-nos facultados pelo Ministério da Administração Interna, através das ocorrências, registadas pelas forças de segurança (PSP e GNR). É importante salientar que o país apenas dispunha, até 1998, de dados sobre a violência doméstica apurados pela APAV<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> A APAV é uma IPSS, constituída em 1990, com o objectivo de “apoiar, de forma individual e humanizada, cidadãos e vítimas de infracções penais, colmatando a inexistência de qualquer estrutura de apoio à vítima em Portugal” (Capela, 2003:293).



**Quadro 5** – Número de ocorrência de violência doméstica, de 2000 a 2005

| <b>ANO</b>    | <b>GNR<br/>(Total de Ocorrências)</b> | <b>PSP<br/>(Total de Ocorrências)</b> | <b>Nacional<br/>(Total de Ocorrências)</b> |
|---------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <b>2000</b>   | 4204                                  | 6958                                  | 11162                                      |
| <b>2001</b>   | 5096                                  | 7601                                  | 12697                                      |
| <b>2002</b>   | 6065                                  | 8006                                  | 14071                                      |
| <b>2003</b>   | 7422                                  | 10005                                 | 17427                                      |
| <b>2004</b>   | 7088                                  | 8453                                  | 15541                                      |
| <b>2005</b>   | 8377                                  | 9816                                  | 18193                                      |
| <b>Totais</b> | <b>38252</b>                          | <b>50839</b>                          | <b>89091</b>                               |

Fonte: M.A.I.

É importante destacar que a nível nacional, entre 2000/2005, o sistema de notação estatística da violência doméstica existente nas duas forças de segurança, permitiu registar nestes cinco anos, oitenta e nove mil e noventa e uma ocorrências de Violência Doméstica.

**Quadro 6** – Crescimento anual médio das ocorrências, entre 2000 e 2005.

| <b>GNR</b> | <b>PSP</b> | <b>TOTAL NACIONAL</b> |
|------------|------------|-----------------------|
| 16,5%      | 6,8%       | 10,5%                 |

Fonte: M.A.I.

Ao analisarmos o quadro 6, podemos constatar que o crescimento médio do número de ocorrências, nestes cinco anos, foi de 10,5% no conjunto das duas forças, e quase três vezes superior na GNR, com 16,5% e 6,8% na PSP.

Tais dados levam-nos a concluir que a visibilidade social do fenómeno foi, porventura, “alimentada pelas redes sociais informais de interconhecimento que conduziram a um passa palavra sobre as condições de atendimento e de recepção formal de queixas sobre este tipo de ocorrência” (M.A.I.- G C S: 2008).

**Quadro 7** – Taxa de variação anual de ocorrências, por entidade notadora<sup>15</sup> e totais nacionais

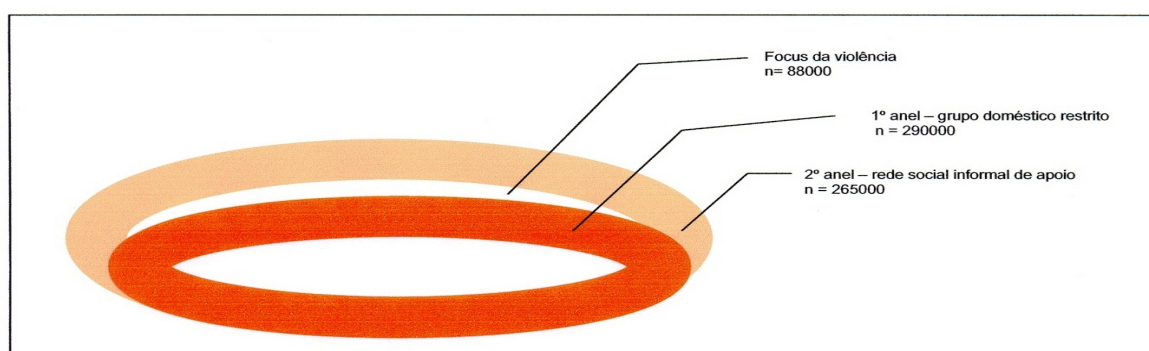
| Período   | Entidade notadora |         | Nacional |
|-----------|-------------------|---------|----------|
|           | GNR               | PSP     |          |
| 2000/2001 | 21.20%            | 9.20%   | 13.80%   |
| 2001/2002 | 19.00%            | 5.30%   | 10.80%   |
| 2002/2003 | 22.40%            | 25.00%  | 23.90%   |
| 2003/2004 | -4.50%            | -15.50% | -10.80%  |
| 2004/2005 | 18.20%            | 16.10%  | 17.10%   |

Fonte: M.A.I.

Constatamos que o crescimento do número de ocorrências tem sido acentuado particularmente na GNR. No entanto, e de acordo com o Gabinete do Coordenador de Segurança (GCS) do M.A.I., “é esta variação que leva a supor que o próprio sistema de notação (a sua disseminação por todo o dispositivo nacional e divulgação pública) poderá ter provocado um efeito de visibilidade social do fenómeno”, conduzindo a que um número crescente de vítimas revelassem as situações de violência a que se encontravam sujeitas.

Segundo a mesma fonte, o ano de 2004 “foi um ano atípico, em relação a um conjunto de dados criminais” (GCS, 2008).

**Gráfico 6** – Estimativa do impacto social da violência doméstica reportada às forças de segurança (valores totais para o período de 2000-2005)



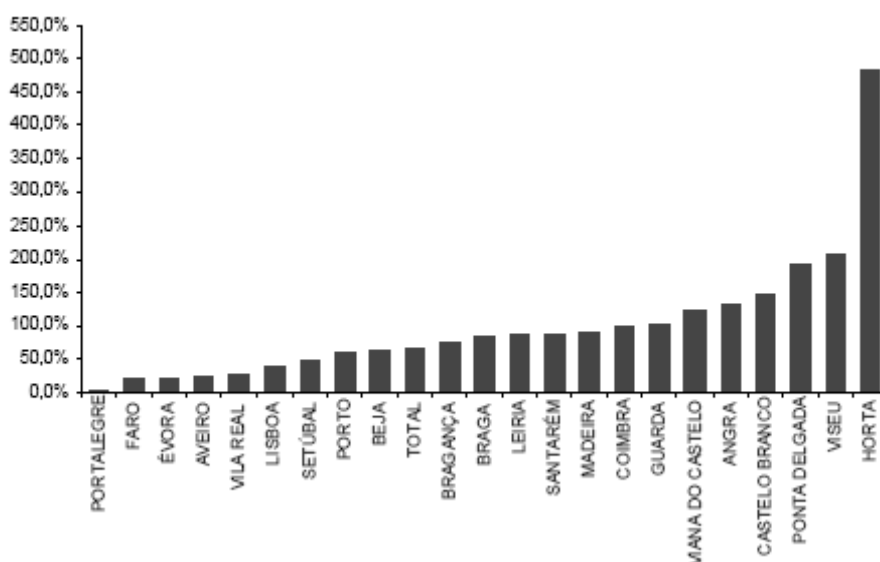
Fonte: M.A.I.

No que se refere ao impacto social da violência doméstica, entendendo-se esse impacto de modo restritivo, porque apenas se refere ao número de

<sup>15</sup> PSP e GNR

peças afectadas (vítimas, grupo doméstico e rede informal), podemos constatar, pela análise do gráfico 6, que o impacto social da Violência Doméstica pode ser vista em três dimensões: a primeira, constituída unicamente pelas vítimas das ocorrências denominadas *focus* de violência, registou 88000 vítimas; na segunda, o impacto corresponde ao número de pessoas afectadas por essa violência e dada a sua condição de co-residentes da vítima, registou um total de 29000 vítimas; a terceira dimensão teve um impacto correspondente ao número de pessoas afectadas pela violência doméstica, a rede informal, num total de 26500 vítimas.

**Gráfico 7** – Número de Ocorrências participadas, por distrito (Ordenação ascendente)



Fonte: M.A.I.

Através da análise do gráfico 7, poder observar-se variações muito diferenciadas entre Distritos. No continente, os Distritos de Viseu, Castelo Branco e Viana do Castelo, apresentam os valores mais elevados.

No que diz respeito às subunidades policiais que actuam nas regiões autónomas, exceptuando o comando da Horta, foram estas as que registaram valores mais elevados, em termos de incidência.

A taxa de incidência da violência doméstica, na população residente apontava para um valor nacional de 12 casos por 1000 habitantes, referente a 2001. Em 2003 subiu para 16 casos por cada 1000 habitantes (MAI, 2008).

Cabe assinalar que a proporção de ocorrências por distrito, não acompanha a distribuição populacional. Se cruzarmos o número de ocorrências registadas por distrito, por entidade notadora, e os indicadores de violência doméstica, por distrito e totais nacionais (Anexo 5) realça-se que, nas regiões autónomas da Madeira e Açores e no distrito do Porto, a proporção das ocorrências, no conjunto nacional, é superior à proporção da população residente, indiciando que este fenómeno poderá ter, nestas zonas, uma expressão mais significativa ou que as respectivas esquadras apresentam mais queixas do que as de mais.

Recorreu-se também a dados demográficos, pretendendo determinar taxas brutas de incidência da violência doméstica, tornando-as indicadores da sua intensidade.<sup>16</sup> Estas taxas expressam a relação entre o número de vítimas anuais e a população média exposta ao risco de violência. Esta relação constitui a expressão geral e simplificada do risco de violência doméstica, e o seu coeficiente define-se como a razão entre o número de novos casos de violência registados em cada ano e a população exposta (todos os que vivem no agregado familiar) (M.A.I.;2008).

**Quadro 8** – Síntese da violência doméstica reportada às forças de segurança (2000-2005).

| <b>Violência Doméstica</b>                                       | <b>%</b> |
|--|----------|
| <b>Ofensa à integridade Voluntária Simples</b>                   | 65,8     |
| <b>Ameaça e coacção</b>  | 10,8     |
| <b>Difamação, calúnia e injúria</b>                              | 3,8      |
| <b>Maus-tratos, sobrecarga de menores, incapazes ou cônjuges</b> | 11,7     |
| <b>Total</b>   | 92,1     |

Fonte: M.A.I.

<sup>16</sup> Porque poderão existir situações de reincidência, esta incidência deverá ser vista também como uma prevalência. A formalização do novo Auto de Denúncia/Notícia e a criação da respectiva base de dados permite, para as ocorrências posteriores a Janeiro de 2006, distinguir entre umas e outras (M.A.I.).

Conforme a análise global para o período de 2000-2005, podemos constatar quatro tipos de ocorrências (Ofensa à integridade voluntária simples, ameaça e coacção, difamação, calúnia e injúria e maus-tratos, sobrecarga de menores, incapazes e cônjuges) que representam, neste período, 92,1% do total de ocorrências tipificadas como violência doméstica. É de salientar a ofensa à integridade voluntária simples, com 65,8%, e ainda os maus-tratos, sobrecarga de menores, incapazes ou cônjuge, com 11,7%.

A estrutura que representa a criminalidade geradora da violência doméstica pode ser representada da seguinte maneira (MAI, 2008):

- **Crimes contra a integridade física**
  - Ofensa à integridade voluntária simples
  - Maus-tratos, sobrecarga de menores, incapazes ou cônjuge
- **Crimes contra a liberdade pessoal**
  - Ameaças e coacção
- **Crimes contra a honra**
  - Difamação, calúnia e injúria

**Quadro 9** – Indicador de intergeracionalidade da violência doméstica

|                               | <i>Violência sobre ascendentes</i> |                                       | <i>Violência sobre descendentes</i> |                                       |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
|                               | Valor médio no período             | Taxa de variação no período 2000/2005 | Valor médio no período              | Taxa de variação no período 2000/2005 |
| <b>Entidade notadora: PSP</b> | 6,7%                               | 13,9%                                 | 7,1%                                | 38,7%                                 |
| <b>Entidade notadora: GNR</b> | 6,2%                               | 35,7%                                 | 5,6%                                | 1,0%                                  |
| <b>Indicador nacional</b>     | 6,5%                               | 22,9%                                 | 6,4%                                | 23,5%                                 |

Fonte: M.A.I.

A violência doméstica denunciada e exercida sobre ascendentes representa 6,5% do total de ocorrências, a nível nacional, que, segundo o M.A.I., tem aumentado, bastante acima do crescimento do número dos idosos na família.

Quanto à violência exercida sobre descendentes, observam-se valores médios, em períodos idênticos, entre os dados da PSP e da GNR, mas é na

área da PSP que este tipo de ocorrência cresceu. A violência exercida representa 23,5% do total.

### 5.1.1.1- Indicadores Estatísticos Oficiais da Violência Conjugal

Em termos nacionais, a violência conjugal (proporção de ocorrências entre cônjuges e afins) representa 84,5% do total das ocorrências participadas pela PSP e GNR.

**Quadro 10** – Indicadores de Violência conjugal

| <b>Violência conjugal<br/>(proporção de ocorrências<br/>entre cônjuges e afins)</b> | <b>Valor médio por período<br/>%</b> | <b>Taxa de variação do n.º de<br/>ocorrências (2000-2005)<br/>%</b> |
|---|--------------------------------------|---|
| <b>PSP</b>  | 75,9%                                | 31,5%   |
| <b>GNR</b>  | 95,7%                                | 98,0%   |
| <b>Indicador Nacional</b>   | 84,5%                                | 60,2%   |

Fonte: M.A.I.

É um fenómeno desigual no que respeita ao género, dado que a preponderância de agressores masculinos sobre os femininos é bastante significativa, como podemos observar no quadro seguinte.

**Quadro 11** – Índice de Género (Relação de masculinidade, valores em %)

|                           | <b>Valor médio no<br/>período</b> | <b>Taxa de variação do<br/>n.º de agressores<br/>masculinos<br/>(2000-2005)</b> | <b>Taxa de variação do<br/>n.º de agressores<br/>femininos<br/>(2000-2005)</b> |
|---------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <b>PSP</b>                | 74,0%                             | 29,4%   | 11,8%  |
| <b>GNR</b>                | 93,1%                             | 90,1%   | 55,0%  |
| <b>Indicador Nacional</b> | 81,5%                             | 53,7%   | 28,0%  |

Fonte: M.A.I.

Ao analisar o quadro 11, verificamos que o índice de género, por entidade notadora, tem uma taxa de variação do número de agressores masculino, num período de 2000-2005, oito vezes superior à dos agressores femininos. É de salientar a entidade notadora da GNR que, no período em estudo, registou o maior número de ocorrências com agressores do sexo masculino. No entanto, é verificável que a percentagem dos agressores do sexo feminino também já é bastante significativa, 28% no que respeita ao indicador nacional.

**Quadro 12** – Indicador de género na vitimação

| Relação de masculinidade da vítima (ratio Homens/mulheres) | Valor médio no período | Taxa de variação do número de vítimas masculinas (2000-2005) | Taxa de variação do número de vítimas femininas (2000-2005) |
|--|------------------------|--|---|
| <b>PSP</b>   | 19,2%                  | 42,1%  | 18,1%   |
| <b>GNR</b>   | 15,0%                  | 34,1%  | 100%  |
| <b>Indicador nacional</b>                                  | 17,3%                  | 39,0%  | 51,2%   |

Fonte: M.A.I.

Inversamente ao que se verifica na agressão, na vitimação, prevalece, largamente, o género feminino. Ao nível nacional, pouco mais de 17,3% das vítimas denunciadas às forças de segurança eram do sexo masculino.

**Quadro 13** – Grupo etário da vítima

|                      | %    | % acumulada |
|----------------------|------|-------------|
| <b>&lt;25 anos</b>   | 12,3 | 12,3        |
| <b>25 a 44 anos</b>  | 55,8 | 68,0        |
| <b>45 a 64 anos</b>  | 25,2 | 93,2        |
| <b>&gt;= 65 anos</b> | 6,8  | 100,0       |

Fonte: Direcção Geral da Administração Interna

No que se refere à idade da vítima, podemos constatar pela análise do quadro 14, que, a maior percentagem (55,8%), se situa o grupo etário, entre os 25 e os 44 anos. Contudo, é importante salientar o grupo etário entre os 45 e os 65 anos, com 22,2%, e ainda o grupo com idade igual ou superior a 65 anos, com 6,8%.

**Quadro 14** – Cruzamento do grupo etário da vítima com o sexo

|      |   | Grupo Etário da Vítima |              |              |            |
|------|---|------------------------|--------------|--------------|------------|
|      |   | <25 anos               | 25 a 44 anos | 45 a 64 anos | >= 65 anos |
| SEXO | F | 84,2                   | 92           | 87,6         | 79,4       |
|      | M | 15,8                   | 8            | 12,4         | 20,6       |

**Fonte:** Direcção Geral da Administração Interna

Se analisarmos o cruzamento das variáveis grupo etário e sexo, é de salientar que a maior parte das vítimas, com 65 anos ou mais, são do sexo feminino (79,4%), o que acompanha a tendência nacional. No entanto, surgem mais casos do que seria de esperar de vítimas com 65 anos ou mais, do sexo masculino (20,6%). A proporção de vítimas do sexo masculino, neste grupo etário, é a mais elevada, comparativamente à dos restantes grupos.

**Quadro 15** – Grupo etário vítima versus grupo etário denunciado

|        |            | Denunciado/a |              |              |            |
|--------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|
|        |            | <25 anos     | 25 a 44 anos | 45 a 64 anos | >= 65 anos |
| Vítima | >= 65 anos | 5,80         | 34,83        | 24,80        | 34,56      |

**Fonte:** Direcção Geral da Administração Interna

A idade do/a denunciado/a em casos, cuja vítima principal tem 65 anos ou mais, é heterogénea. Existe uma tendência para que a estas vítimas esteja associado/a um/a denunciado/a do mesmo grupo etário. Apesar desta tendência, é de salientar a elevada percentagem de casos em que o/a denunciado/a tem entre 25 a 44 anos ou 45 a 64 anos.



## 5.2- Indicadores Estatísticos das Organizações de Apoio Social

Como já foi referido, até 1998, os únicos dados estatísticos sobre a realidade da Violência Doméstica eram os casos registados pela **APAV**.

**Quadro 16** – Total de processos de apoio de violência doméstica registados pela APAV

| Processos de Apoio | N            | %          |
|--------------------|--------------|------------|
| 2000               | 5423         | 14,4       |
| 2001               | 6233         | 18,4       |
| 2002               | 7550         | 19,9       |
| 2003               | 6974         | 18,3       |
| 2004               | 5632         | 14,6       |
| 2005               | 5357         | 14,2       |
| <b>TOTAL</b>       | <b>37760</b> | <b>100</b> |

Fonte: APAV

Ao analisarmos o quadro anterior, verificamos que foi entre os anos de 2001 a 2003 que a APAV registou o maior número de casos, existindo uma pequena descida em 2004, tal como se verificou nas forças de segurança. Nestes cinco anos, a APAV registou 37760 casos de Violência Doméstica.

**Quadro 17** – Crimes de violência doméstica

|   | <b>N</b>     | <b>%</b>   |
|---|--------------|------------|
| <b>Maus-tratos físicos</b>                | 4227         | 26,8       |
| <b>Maus-tratos psíquicos</b>              | 4376         | 27,8       |
| <b>Ameaças- Coacção</b>                   | 2709         | 17,2       |
| <b>Difamação/ Injúrias</b>                | 1691         | 10,7       |
| <b>Subtracção de Menores</b>              | 54           | 0,3        |
| <b>Violação da Obrigação de Alimentos</b> | 105          | 0,7        |
| <b>Violação</b>                           | 141          | 0,9        |
| <b>Abuso sexual</b>                       | 104          | 0,7        |
| <b>Homicídio</b>                          | 9            | 0,1        |
| <b>Outros em meio doméstico</b>           | 187          | 1,2        |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>13603</b> | <b>100</b> |

Fonte: APAV (totais nacionais 2006)

Para o ano de 2006, a APAV registou 13603 casos, sendo cerca de 86% de crimes de Violência Doméstica.

De entre os 13603 crimes, destacaram-se os crimes de maus-tratos psíquicos 4376 (27,8%) e os crimes de maus-tratos físicos 4227 (26,8%) e ainda maus-tratos psicológicos (ameaças/coacção e difamação e injúrias) com 4400 (27,9%) dos casos. Estes dados estão de acordo com a teoria dos recursos de Goode (1971, cit por Costa & Duarte, 200:62) que postula que a força física é o recurso mais usado pelos maridos para exercer influência na família, assim como o poder económico e o prestígio social.

Como se verificou na análise dos dados, os maus-tratos psíquicos aparecem, em primeiro lugar, e só vêm confirmar que a APAV sinaliza o que é mais visível e não o que é subjectivo e que não se exterioriza.

**Quadro 18 – Distrito da Residência da Vítima**

|                       | <b>N</b>   | <b>%</b>   |
|-----------------------|------------|------------|
| <b>Aveiro</b>         | 7          | 3,8        |
| <b>Beja</b>           | 1          | 0,5        |
| <b>Braga</b>          | 11         | 5,9        |
| <b>Castelo Branco</b> | 2          | 1,1        |
| <b>Coimbra</b>        | 11         | 5,9        |
| <b>Évora</b>          | 1          | 0,5        |
| <b>Faro</b>           | 17         | 9,2        |
| <b>Leiria</b>         | 3          | 1,6        |
| <b>Lisboa</b>         | 57         | 30,8       |
| <b>Porto</b>          | 22         | 11,9       |
| <b>Santarém</b>       | 4          | 2,2        |
| <b>Setúbal</b>        | 12         | 6,5        |
| <b>Vila Real</b>      | 5          | 2,7        |
| <b>Viseu</b>          | 2          | 1,1        |
| <b>Ponta Delgada</b>  | 1          | 0,5        |
| <b>Funchal</b>        | 1          | 0,5        |
| <b>Outros Países</b>  | 1          | 0,5        |
| <b>N/R</b>            | 27         | 14,6       |
| <b>TOTAL</b>          | <b>185</b> | <b>100</b> |

**Fonte:** APAV (Pessoas Idosas Vítimas de Crimes, 1º Semestre de 2006)

Os Distritos que apresentam mais percentagem de casos registados pela APAV em 2006, são Faro (9,2%), Porto (11,9%) e Lisboa (30,8%). Representam as regiões com um índice superior de capacidade de denúncia das situações limite e contrastam com as regiões rurais e semi-urbanas onde incide o presente estudo, pertencentes ao Distrito de Aveiro (3,8%).

Deste contraste, deduz-se que os casos de violência, ocorridos em regiões onde as pessoas se sentem mais constrangidas e oprimidas, não são denunciados e permanecem no silêncio e dentro de portas dos respectivos agregados familiares.

**Quadro 19** – Dados da vítima e dados do autor do crime

|                  | Dados da Vítima |       | Dados do Autor do Crime |       |
|------------------|-----------------|-------|-------------------------|-------|
|                  | N               | %     | N                       | %     |
| <b>FEMININO</b>  | 5055            | 90,6% | 504                     | 9%    |
| <b>MASCULINO</b> | 503             | 9%    | 5043                    | 90,3% |
| <b>N/R</b>       | 24              | 0,4%  | 35                      | 0,6%  |

Fonte: APAV (totais nacionais 2006)

O quadro apresentado é esclarecedor quanto à percentagem de mulheres vítimas (90,6%) de crimes praticados por homens (90,3%), o que vem de encontro às ocorrências das forças de segurança, onde a vitimação prevalece, até 2005, largamente no sexo feminino, e a dos agressores, no sexo masculino.

**Quadro 20** – Estado civil da vítima/ Estado Civil do autor do crime

|                       | Estado Civil da Vítima |            | Estado civil do autor do crime |            |
|-----------------------|------------------------|------------|--------------------------------|------------|
|                       | N                      | %          | N                              | %          |
| <b>Solteiro/a</b>     | 808                    | 14,5       | 388                            | 7          |
| <b>Casado/a</b>       | 3045                   | 54,6       | 3316                           | 59,4       |
| <b>União de facto</b> | 850                    | 15,2       | 910                            | 16,3       |
| <b>Viúvo/a</b>        | 156                    | 2,8        | 27                             | 0,5        |
| <b>Divorciado/a</b>   | 204                    | 3,7        | 234                            | 4,2        |
| <b>Separado/a</b>     | 241                    | 4,3        | 227                            | 4,1        |
| <b>N/R</b>            | 278                    | 5,0        | 480                            | 8,6        |
| <b>TOTAL</b>          | <b>5582</b>            | <b>100</b> | <b>5582</b>                    | <b>100</b> |

Fonte: APAV (totais nacionais 2006)

Ao analisarmos o quadro 20, podemos constatar que é na residência comum, no estado civil de casado, que se praticam 3045 (54,6%) dos crimes contra as mulheres pelos seus maridos 3316 (59,4%). Também na União de facto verifica-se que as vítimas são 850 (15,2%) e os autores do crime são 910 (16,3%), números bastante elevados.

Os outros estados civis são em menor número, o que acentua a preocupação de todos para o problema, nesta fase da vida.

**Quadro 21** – Relação do autor do crime com a vítima

| <b>Relação do Autor do Crime com a Vítima</b> | <b>%</b>    |
|---|-------------|
| Nenhuma                                       | 0,2         |
| <b>Cônjuge ou companheiro</b>                 | <b>68,5</b> |
| <b>Ex- cônjuge ou companheiro</b>             | <b>8,3</b>  |
| Namorado/a                                    | 0,6         |
| Ex- namorado/a                                | 0,6         |
| <b>Pai/ Mãe</b>                               | <b>9,3</b>  |
| Padrasto /Madrasta                            | 1,4         |
| Filho/Filha                                   | 6,3         |
| Irmão/Irmã                                    | 1,2         |
| Avô/Avó                                       | 0,2         |
| Neto/a  | 0,4         |
| Sogro/a                                       | 0,3         |
| Genro/Nora                                    | 0,4         |
| Outro familiar                                | 0,8         |
| Outros  | 0,78        |
| N/R   | 0,6         |

Fonte: APAV (totais nacionais 2006)

Dando seguimento à constatação do fenómeno em estudo, destacamos que o problema acontece em quase 70% dos casos entre os cônjuges, 8,3% entre os ex-cônjuges e companheiros, mas também começam a ser preocupantes os casos ocorridos entre os parentes mais próximos, tais como Pai/Mãe e Filho/a, com 15,6%.

Estamos certos de que a violência contra os idosos é muito mais extensa e disseminada do que os números revelam, quer na sociedade em geral, quer na portuguesa, em particular.

É evidente que ainda se age na base do medo e do segredo das situações até porque o idoso não quer denunciar o marido ou os filhos pois, se o fizer, poderá sofrer ainda mais por parte de quem trata deles. É claro que tais situações deviam ser resolvidas para que os mais velhos passassem essa fase da sua vida o mais tranquilamente possível. Esta também é a função da família, das instituições de apoio e da própria assistência social do país.

De acordo com o tema desta investigação, consideramos pertinente, neste ponto, proceder a uma análise dos **indicadores estatística referentes às pessoas idosas**, acompanhados pela APAV.

**Quadro 22** – Sexo da Vítima/ Pessoas Idosas

|                  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|------------------|----------|----------|
| <b>Feminino</b>  | 154      | 83       |
| <b>Masculino</b> | 31       | 17       |

**Fonte:** APAV (Pessoas Idosas Vítimas de Crimes – 1º Semestre de 2006)

Num total de 185 pessoas idosas, podemos aquilatar através da leitura do quadro 22, que o sexo feminino prevalece, como vítima, com 154 (83%) dos casos registados de pessoas idosas.

**Quadro 23** – Relação do autor do crime com a vítima

| <b>Relação do autor do crime com a vítima</b> | <b>%</b>    | <b>N</b>  |
|---|-------------|-----------|
| <b>Nenhuma</b>                                | 3,8         | 7         |
| <b>Cônjuge ou companheiro</b>                 | <b>34,5</b> | <b>64</b> |
| <b>Ex- cônjuge ou companheiro</b>             | 1,8         | 3         |
| <b>Filho/Filha</b>                            | <b>33,5</b> | <b>60</b> |
| <b>Irmão/Irmã</b>                             | 1,2         | 2         |
| <b>Neto/a</b>                                 | 6,9         | 11        |
| <b>Genro/Nora</b>                             | 1,8         | 3         |
| <b>Outro familiar</b>                         | 4,3         | 5         |
| <b>Outros</b>                                 | 12,3        | 23        |

**Fonte:** APAV (Pessoas Idosas Vítimas de Crimes, 1º Semestre de 2006)

O quadro 23 revela que 46,55 das vítimas são casadas e que os autores dos crimes são os seus cônjuges ou filhos dos idosos. Esta leitura da realidade portuguesa vem confirmar as ideias das perspectivas feministas que nos dizem que a “sociedade e a família são estruturadas tendo como base o género e o poder, permitindo ao homem, enquanto categoria dominante, exercer poder sobre a mulher, sobretudo no contexto do casamento patriarcal” (Dias, 2004:215).

Não podemos no entanto deixar de verificar que os filhos destes idosos também são os principais agressores com 60 (33,5%) dos casos.

**Quadro 24 – Profissões da Vítima**

|  | <b>N</b>   | <b>%</b>    |
|--|------------|-------------|
| <b>Docentes do ensino secundário, superior e profissões similares</b>    | 2          | 1,1         |
| <b>Profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde</b> | 2          | 1,1         |
| <b>Profissionais de nível intermédio do ensino</b>                       | 1          | 0,5         |
| <b>Outros operários, artífices e trabalhadores similares</b>             | 1          | 0,5         |
| <b>Trabalhadores não qualificados dos serviços e do comércio</b>         | 4          | 2,2         |
| <b>Desempregados</b>   | 2          | 1,1         |
| <b>Doméstico/a</b>   | <b>16</b>  | <b>8,6</b>  |
| <b>Reformado/a e/ou na reserva</b>                                       | <b>129</b> | <b>69,7</b> |
| <b>Outras</b>  | 28         | 15,2        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>185</b> | <b>100</b>  |

**Fonte:** APAV (Pessoas Idosas Vítimas de Crimes, 1º Semestre de 2006)

Tendo em conta o grupo alvo, o número de vítimas que se encontram reformados, representam 70% dos casos registados e acompanhados pela APAV. Aqueles que ainda se encontram no activo, o grupo dos trabalhadores não qualificados dos serviços e do comércio, são os que apresentam um número superior face aos restantes.

A leitura deste quadro permite retirar as seguintes conclusões:

- a entrada, na reforma, reflecte diferentes modelos de comportamento e novas condutas, leva à solidão e ao isolamento, à diminuição de afazeres e de ocupações úteis, a uma debilidade da saúde e a uma maior dependências dos outros.

Partir para situações de violência é mais fácil, em especial por resultar do aumento de tempo que passam juntos e, ainda, por um enfraquecimento da tolerância para determinados factos e atitudes.

**Quadro 25 – Local do crime**

|                                     | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| <b>Residência Comum</b>             | 104      | 57,5     |
| <b>Residência da Vítima</b>         | 53       | 29,3     |
| <b>Residência do Autor do Crime</b> | 5        | 2,8      |
| <b>Outra Residência</b>             | 1        | 0,6      |
| <b>Centro de Acolhimento/ Lar</b>   | 2        | 1,1      |
| <b>Unidade de Saúde</b>             | 1        | 0,6      |
| <b>Local de trabalho</b>            | 4        | 2,2      |
| <b>Lugar/ Via Pública</b>           | 8        | 4,4      |
| <b>Outro Local</b>                  | 3        | 1,7      |

**Fonte:** APAV (Pessoas Idosas Vítimas de Crimes, 1º Semestre de 2006)

O quadro 25 revela os principais locais onde ocorrem os casos de violência Doméstica. Confirma-se que os crimes se praticam sobretudo na residência comum, 104 (57,5%) dos casos. A residência da vítima surge em 53 (29,3%) dos casos.

A Comissão para a Igualdade e para os direitos das mulheres (CIDM) oferece, desde 1998, um Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD) que disponibiliza apoio telefónico às vítimas de violência doméstica.

Desde Maio de 2000 e após a assinatura de um protocolo com o ministro da justiça, a ministra da igualdade e a APAV, o Serviço de Informação a Vítimas da Violência Doméstica (800202148) passou a ser assegurado pela delegação norte da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e a APAV, sendo que a primeira se responsabilizou pelo seu funcionamento entre as 9h/17h30m e a segunda pelo atendimento, no período entre as 17h30m e as 9h e nos dias feriados e fins de semana.

A partir de Maio de 2003, este serviço no que respeita ao atendimento assegurado pela CIDM, passou a ser efectuado, conjuntamente, pela Direcção regional e a divisão de assuntos jurídicos.



Depois de 30/09/2003, o atendimento efectuado pela APAV passou a ser assegurado por uma empresa Call center – Mcall que efectua a triagem e reencaminhamento para o período de atendimento da CIDM.

Desde 16 de Fevereiro de 2005, o SIVVD passou a contar com um atendimento de primeira linha, com vista à redução do número de chamadas de brincadeira, que ocupavam um grande volume de chamadas recebidas.

Estrutura do atendimento semanal:

- Call Center – MCALL
- Segunda a Sexta-feira das 17h30m às 9h
- Sábados, Domingos e feriados das 0.00h às 24.00h
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres –  
Sede/Lisboa
  - Segunda e Terça-feira das 9.00h às 17.30h Quarta-feira das 9 às 13.30h
  - Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres –  
Delegação Norte/Porto
    - Quarta-feira das 13.30h às 17.30h, Quinta e Sexta-feira das 9h às 17h30m

O SIVVD reúne periodicamente, num relatório, informações que permitem caracterizar as solicitações recebidas.

A partir da consulta do relatório de 2006 foi possível reunir um conjunto de dados que, permitem a caracterização das vítimas de violência doméstica e sua situação, dos agressores e tipos de vitimação.

Da análise do relatório de actividades de 2006, conclui-se que no **SIVVD** foram atendidos 2972 chamadas. Destas 2015 reportavam-se a situações relacionadas com a violência e 957 não estavam, exclusivamente, relacionados com a violência.

Na maioria dos atendimentos é a própria vítima de violência que efectua a chamada em 1393 casos, sendo que 622 atendimentos são efectuados por outras pessoas (familiares, amigos, vizinhos).

Não fugindo à tendência habitual, a quase totalidade de vítimas que recorreu ao SIVVD era do sexo feminino, cerca de 1921 e, em 94 situações, as vítimas identificadas, pertenciam ao sexo masculino.

A proporção anterior inverte-se em relação ao autor da agressão, já que a grande maioria foi identificada como sendo do sexo masculino, cerca de 1898 e 117 situações em que foram as mulheres as perpetradoras do crime.

**Quadro 26** – Atendimento do SIVVD, segundo o autor do Crime

| <b>Autor do Crime</b> | <b>N</b> |
|-----------------------|----------|
| <b>Ignorado</b>       | 21       |
| <b>Viúva</b>          | 45       |
| <b>Divorciado</b>     | 85       |
| <b>Separado</b>       | 58       |
| <b>Solteiro</b>       | 105      |
| <b>União de facto</b> | 382      |
| <b>Casado</b>         | 1319     |

Fonte: Relatório da CIDM (2006).

A população que procurou este serviço, em 2006, é na sua maioria casada (1319) ou vive em união de facto (382).

Dos casos referenciados, o cônjuge é apontado como o autor do crime, em 1821 situações e o companheiro em 354 atendimentos, assume este papel. Os ex-companheiros, ex-cônjuges, os pais e filhos são as categorias que se seguem.

Ao contrário do que vem sendo habitual, assistiu-se a um aumento do n.º de vítimas detentoras de habilitações superiores (106). Contudo, as vítimas na sua maioria, não sabem ler e/ou escrever (338).

**Quadro 27** – Atendimento do SIVVD, segundo os tipos de violência

| Tipo de violência   | N    | %    |
|---------------------|------|------|
| Física/ psicológica | 1701 | 91   |
| Psicológica         | 84   | 4,5  |
| Sexual              | 6    | 0,32 |
| Outros              | 78   | 4,17 |

Fonte: Relatório da CIDM (2006)

Dos atendimentos efectuados (quadro 28), 91% (1701) foram referentes a violência física/psicológica, 4,5% (84) a psicológica, 0,32% (6) a sexual e ainda 4,17% (78) foi referente a tipos de violência, não identificados.

**Quadro 28** – Atendimento do SIVVD, segundo a Idade das vítimas

| Classes etárias | Idade das vítimas | Idade dos agressores |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| + 65 anos       | 120               | 96                   |
| 55-64 anos      | 157               | 178                  |
| 45-54 anos      | 294               | 273                  |
| 35-44 anos      | 422               | 390                  |
| 25-34 anos      | 405               | 267                  |
| 18-24 anos      | 118               | 50                   |
|                 | 13                | 6                    |

Fonte: Relatório da CIDM (2006)

No que diz respeito à vítima, a classe etária predominante é a que se situa entre os 35/44 anos, com 422 casos, seguindo-se a classe, imediatamente inferior, 25/34 anos, com 405 casos. A classe etária acima dos 65 anos e a classe etária abaixo dos 24 anos foram as que requereram menos solicitações. Em relação, à idade do agressor, podemos destacar a classe etária entre os 35/44 anos, com 390 casos, logo seguida pela classe etária, situada entre os 45/54 anos, com o número de casos a perfazer os 273.

O agressor segundo a vítima, é descrito como alcoólico (320), toxicod dependente (49), viciado no jogo (9) e dependente de fármacos (9).

Cerca de 924 vítimas que procuraram o SIVVD (quadro 29) estavam empregadas, e, no entanto, um número significativo encontra-se em situação de dependência económica da família, sendo esta uma das razões que, muitas vezes, justifica a manutenção da relação abusiva.

**Quadro 29** – Atendimento do SIVVD, segundo a situação económica da vítima

| Situação económica da vítima | N.º de casos |
|------------------------------|--------------|
| Ignorado                     | 239          |
| Subsidio de doença/ acidente | 34           |
| Subsidio de desemprego       | 72           |
| RSI                          | 36           |
| Pensão/ reforma              | 232          |
| Do trabalho                  | 924          |
| Da propriedade/ empresa      | 18           |
| Apoio Social                 | 9            |

Fonte: Relatório da CIDM (2006)

As regiões do país donde provieram mais chamadas, à semelhança dos anos anteriores, são a região da Estremadura com 809 chamadas, com destaque para a zona da grande Lisboa, seguindo-se a da região do Douro Litoral, com que se enquadra a área metropolitana do Porto, com 390 atendimentos (ver quadro 30).

**Quadro 30-** Atendimento do CIDM, quanto às regiões

| Regiões        | N.º de casos |
|----------------|--------------|
| Açores         | 16           |
| Madeira        | 38           |
| Algarve        | 85           |
| Baixo Alentejo | 15           |
| Alto Alentejo  | 67           |
| Ribatejo       | 85           |
| Estremadura    | 809          |
| Beira Baixa    | 70           |
| Beira Litoral  | 193          |
| Douro Litoral  | 390          |
| Trás-os-montes | 67           |
| Minho          | 140          |

**Fonte:** Relatório da CIDM (2006)

Quanto ao tipo de vitimação que caracterizou a maior percentagem de atendimentos, 1531 relatos feitos, durante 2006, constituíam situações de maus-tratos continuados (+ de 2 anos), de 1 a 2anos, 162 casos, de 6 meses a 1 ano, 57 casos, de 1 a 3 meses, 26 atendimentos e 67 com menos de 1 mês.

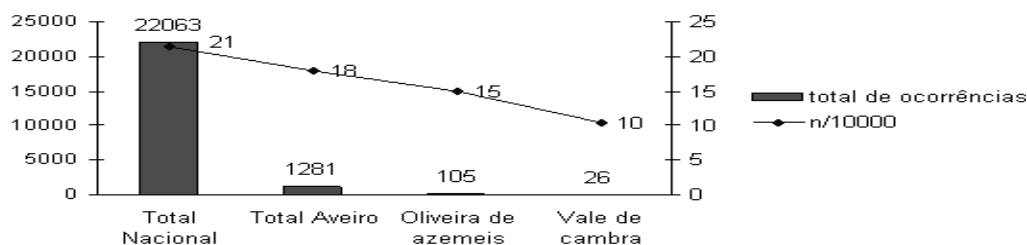
Em 2006, o número de vítimas que apresentaram queixa às autoridades foram de 1801, contra 348 que não apresentaram queixa.

### **5.3- Indicadores Estatísticos oficiais a nível Distrital**

No que diz respeito ao Distrito de Aveiro, distrito onde se integram os dois concelhos em estudos, Vale de Cambra e Oliveira de Azeméis e, de acordo com os dados fornecidos pela Direcção Geral da Administração Interna,

podemos constatar que, no ano de 2007, registou um total de 22063 ocorrências, a nível nacional e 1281, a nível Distrital.

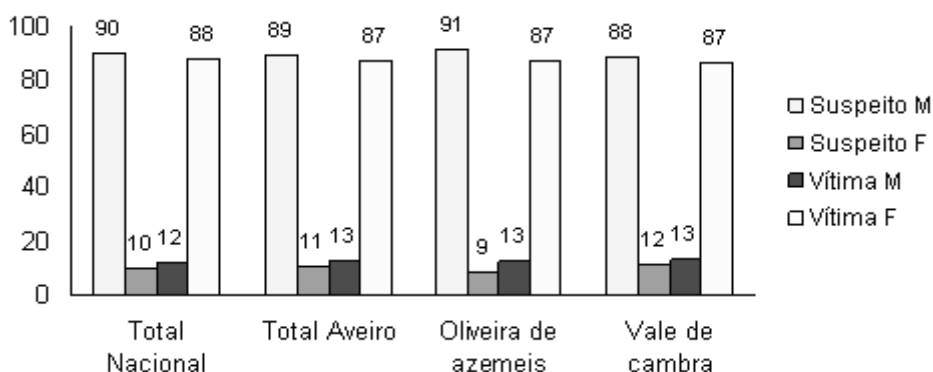
**Gráfico 8 – Número total de ocorrências e taxa de incidência em 2007**



**Fonte:** DGAI; Dados de Oliveira de Azeméis e de Vale de Cambra - GNR

Ao analisarmos o gráfico 8, constatamos que o número de ocorrências é superior no concelho de Oliveira de Azeméis (105), com uma taxa de incidência de 15 em cada 10000. No que diz respeito ao concelho de Vale de Cambra, verificamos que existiram 26 ocorrências, com uma taxa de incidência de 10 em cada 10000. É ainda importante salientar que o Distrito de Aveiro, do qual fazem parte os concelhos mencionados, teve 1281 ocorrências e uma taxa de incidência de 18 em cada 10000, taxa esta muito próxima do total nacional (22063), com uma taxa de incidência de 21 em cada 10000.

**Gráfico 9 – Sexo dos suspeitos das vítimas em percentagens**



**Fonte:** DGAI; Dados de Oliveira de Azeméis e de Vale de Cambra – GNR.

O gráfico 9 traduz os dados referentes aos suspeitos e vítimas, segundo o sexo. Podemos constatar que o suspeito masculino é aquele que apresenta em estudo a percentagem mais elevada nas quatro situações, enquanto que o suspeito feminino apresenta a menor percentagem. Em relação à vítima e tendo em conta a já referida tendência nacional, a vítima feminina é aquela que apresenta a maior percentagem e a masculina a menor. Podemos então concluir que o sexo feminino é a maior vítima e o sexo masculino o maior suspeito.

**Quadro 31** – Grau de parentesco entre o agressor e a vítima

|                                       | <b>Total Nacional</b> | <b>Total Aveiro</b> | <b>Oliveira de Azeméis</b> | <b>Vale de Cambra</b> |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| <b>Cônjuge ou companheiro</b>         | 77                    | 80                  | 90                         | 81                    |
| <b>Pai/Mãe / Padrasto/ Madrasta</b>   | 6                     | 6                   | 2                          | 4                     |
| <b>Filha/ Filho</b>                   | 7                     | 7                   | 6                          | 15                    |
| <b>Irmão /Cunhado</b>                 | 1                     | 1                   | 0                          | 0                     |
| <b>Ex- cônjuge ou ex- companheiro</b> | 8                     | 5                   | 2                          | 0                     |
| <b>Outro grau de parentesco</b>       | 2                     | 2                   | 1                          | 0                     |

**Fonte:** DGAI; Dados de Oliveira de Azeméis e de Vale de Cambra – GNR.

Apreciando os dados do quadro anterior, constatamos que o número de ocorrências por grau de parentesco entre o agressor e a vítima recai em maior número no cônjuge ou companheiro, salientando-se o concelho de Oliveira de Azeméis que ultrapassa as ocorrências, a nível de distrito, tal como a nível nacional. É de salientar o concelho de Vale de Cambra que apresenta dados superiores aos de mais, no que respeita ao agressor, ser filho ou filha da vítima.

Comparando os dados nacionais com os dados apresentados a nível concelhio, podemos verificar que os dois concelhos apresentados seguem a tendência nacional, visto que, apresentam o sexo feminino como a maior vítima de violência, por parte do seu cônjuge ou companheiro.

## **6. REPRESENTAÇÕES DE GÉNERO**

### **6.1- A legitimação cultural e social da Violência de Género. Breves considerações históricas.**

Para podermos entender o lugar da mulher na sociedade actual, sentimos necessidade de percorrer e conhecer a sua história ao longo dos séculos, tentando entender a formação da sua identidade, dos seus grupos sociais e o seu posicionamento na família e, neste caso, a relação afectiva que estabelece com o seu cônjuge. As diferenças anatómicas e fisiológicas são evidentes, mas as influências a nível religioso e sócio-cultural, ainda serão mais relevantes.

A cultura ocidental assenta, como sabemos, na filosofia cristã, que incute no indivíduo a noção de que a forma de aprendizagem da masculinidade passa por uma cultura anti-feminina (Martins, 2003:134). E, como refere Bourdieu (1999:11) “nós incorporamos, sob a forma de esquemas inconscientes de percepção e de avaliação, as estruturas históricas de ordem masculina”.

Ao longo dos séculos, desenvolveu-se uma mentalidade fortemente misógina, em grande parte provocada pelo pensamento religioso que afirmava ser a mulher um instrumento do mal. A própria história da Criação surge para mais tarde o cristianismo justificar a submissão da mulher ao homem. No livro do Génesis, aparece primeiro Adão e, depois, Eva que é formada, a partir da sua costela, em função das necessidades do homem. “O senhor Deus disse «Não é conveniente que o homem esteja só; vou dar-lhe uma auxiliar semelhante a ele» (Gen. 2:18).

Este versículo tornou-se, na teologia cristã, a prova necessária para a manutenção da hierarquia sexual nas famílias cristãs e nas instituições eclesásticas (Toldy, 1997). Paralelamente e um pouco mais tarde, “a memória escrita judaica elenca, por si só, um vasto número de heróis que caem nas garras da sedução feminina” (Martins, 2003:99). Uma dessas vítimas foi o lendário Sanção, que resgatará com o seu sacrifício e com a morte de um sem



número de filisteus reduzidos pela graça feminina de Dalila (Antigo Testamento, Juízes).

Explorando estes dois pensamentos, a Idade Média desenvolveu, de alguma forma, a ideia de mulher, enquanto ser diabólico, baseando-se sobretudo, nos escritos de S. Paulo e nos dos Doutores da Igreja (Martins, 2003). Tal realidade, difundida, quer pelos confessores da corte régia, quer pelos párocos locais, levava a que surgissem teorias como a do monge Jacques de Vitry que afirmava que era “melhor aproximar-se de um fogo ardente do que de uma mulher jovem. Por causa da mulher muitos homens estão mortos” (cit. por Pilosu, 1995:60). De uma maneira geral, a Igreja aconselhava os homens a desconfiar das mulheres, já que as “bestas” constituíam um perigo para a sociedade.

Todavia, é essa mesma Igreja que, de uma forma maniqueísta, apresenta uma dualidade de posições, perante a mulher: por um lado, desconfiava dela, por outro, venerava-a. Não esqueçamos que a virgem Maria era objecto de culto profundo, o ideal de mulher, concebida sem pecado. Por isso, a Igreja aconselhava as virgens e, mais tarde, as viúvas, a ingressarem em mosteiros, porque aí, casadas com Cristo, ficavam longe da vaidade mundana e, por isso, longe das tentações (Martins, 2003:99)

A grande maioria das mulheres medievais viveu uma vida na total dependência da tutela varonil. Elas foram pais, maridos, irmãos ou filhos que se anularam ou foram obrigadas, pela força das circunstâncias, a anularem-se.

No Renascimento, marcado pelo mercantilismo e pela retoma do direito Romano, a situação da mulher retrocede na sociedade ocidental, tanto na norma como na prática diária, sendo-lhes restringido grande parte dos seus direitos civis (heranças e propriedade).

O Concílio de Trento, realizado em 1563, foi o 19º concílio ecuménico da Igreja Católica, convocado pelo Papa Paulo III para assegurar a unidade de fé e a disciplina eclesiástica (Soares & Ferreira, 2001). Entre outras coisas, trouxe, de vez, a mulher para a tutela da casa.

Mais tarde, no séc. XVIII, surge o feminismo enquanto movimento, que é uma filosofia que tem a sua origem na Europa Ocidental.

As mulheres começaram a “reivindicar uma honra semelhante à dos homens” (Lopes, 1989:22), mas estes não aceitaram a igualdade de critérios,

porque a mulher não tem “capacidade de juízo para se desonrar pelo que diz (Ibidem). A preservação da sua integridade física honra-a, como igualmente a seu pai e a seu marido. Por isso, a honra masculina depende da feminina e não o contrário.

Com a Revolução Industrial, o número de mulheres empregadas aumenta, significativamente, mantendo-se a diferença salarial já sentida até esta altura, justificada pela razão de que as mulheres teriam quem as sustentasse.

De acordo com Bourdieu, (1999: 9),

a diferença biológica entre os sexos, quer dizer entre os corpos masculino e feminino e, muito em particular, a diferença anatómica entre os órgãos sexuais, pode assim surgir como a justificação natural da diferença socialmente construída entre os géneros, e em particular da divisão sexual do trabalho.

Em 1791, assistimos a um dos momentos mais brilhantes na conquista dos feministas, a Declaração dos Direitos da Mulheres. Esta declaração elaborada por Olympe de Gouges emite a sua sentença sobre o homem:

estranho, cego, impante de ciência e degenerado, neste século de luzes e de sagacidade, na ignorância mais crassa, quer mandar como um déspota sobre um sexo que recebeu todas as faculdades intelectuais e pretende fruir da revolução e reclamar os seus direitos à igualdade, para dizê-lo de uma vez por todas.

Com esta declaração assistiu-se à passagem de um movimento individual para um movimento colectivo.

Com a revolução francesa, assistimos a um forte protagonismo das mulheres, tanto nos acontecimentos revolucionários, como nas mais contundentes exigências de igualdade sexual (Alvarez, 2002). As mulheres adquiriram um papel afirmativo como agentes sociais, embora lhes tenham sido reservados ofícios específicos e adequados à natureza feminina. É, duramente, criticado o “feminismo igualitário, por considerar que é reformista assemelhar as mulheres aos homens e, em última instância, não conseguir sair do paradigma da dominação masculina” (Idem:38). Assistimos a duros confrontos contra o feminismo, chegando-se mesmo ao ponto de exhibir cartazes com menções “fora o feminismo”. Esta revolução constituiu uma derrota para o feminismo, pois os clubes de mulheres foram encerrados e estas foram proibidas de participar em qualquer actividade política.

No século XIX, século dos grandes movimentos sociais libertadores, o movimento feminista aparece como um “movimento social de carácter internacional, com uma identidade autónoma teórica e organizativa” (Idem: 23).

Com a expansão do Capitalismo, surgem os partidos de esquerda, onde as mulheres encontram um espaço para as suas manifestações. Os movimentos feministas passaram a ficar, intimamente, ligados aos movimentos políticos. A partir daqui realçam-se dois interesses, porque as mulheres necessitavam de espaço para se manifestarem e reivindicarem-no e os partidos precisavam de mais colaboradores.

Concretamente em Portugal desde de 1911, as mulheres são autorizadas a trabalhar na administração pública e ainda é decretada a escolaridade obrigatória para ambos os sexos, entre os 7 e 11 anos (Vicente, 2007:61).

No Estado Novo foi defendido por Salazar

uma aparente igualdade de valor na diversidade de funções, atribuiu espaços diversos – público/privado – aos homens e mulheres, defendeu a família tradicional da qual a mulher constituía o «esteio» e propôs reenviar as mulheres para o lar (Pimentel, 2007:91).

O papel da mulher como educadora, mãe e cooperante do marido, de quem provinha a autoridade, foi valorizado no seio da família. O salazarismo considerou a maternidade e o trabalho doméstico como de utilidade social, atribuindo à mulher cidadania social.

A Constituição Portuguesa de 1933 afirmou a igualdade de todos os cidadãos perante a lei e a “negação e qualquer privilégio de nascimento, nobreza, título nobiliárquico, sexo ou condição social” (Ibidem). No entanto, a seguir apareciam excepções ao princípio da igualdade “salvo quanto às mulheres, as diferenças da sua natureza e do bem da família” (Idem:92).

Nos anos de 1930/40, o movimento feminista conquistou o direito ao voto, à escolarização e acesso ao mercado de trabalho.

Assim, além das imagens “das mulheres como esposas, mães e donas de casa, estava em desenvolvimento a concepção de cidadãs” (Araújo, 2007: 53). Em 1960, este movimento é influenciado pela publicação “O segundo sexo” de Simone de Beauvoir, que defende que a hierarquia, entre sexos, não é uma fatalidade biológica, mas uma construção social.

Embora a inferioridade do sexo feminino se repercutisse na análise das diferenças entre os sexos, a divisão social do trabalho também contribuiu para esta concepção. Por muitos anos, as diferenças biológicas eram as que melhor explicavam a inferioridade psicológica e social das mulheres. Partindo do pressuposto que a quantidade era sinónimo de qualidade, “a cabeça das mulheres era tida como um indicador seguro da sua inferioridade intelectual” (Amâncio, 1998:18). Contudo, a necessidade de dar fundamento científico a esta observação confrontou-se com diversos obstáculos, acabando por não se confirmar esta hipótese. Enquanto que a questões do cérebro e as hipóteses da variabilidade eram indicadores da falta de capacidade intelectual do sexo feminino, as diferenças hormonais serviam para explicar a instabilidade emocional feminina e a agressividade masculina.

Durkheim (1893/1967, cit. por Amâncio, 1998: 19) considerava, na análise de divisão do trabalho,

a inferioridade das mulheres é uma condição necessária e não hesita em recorrer à evidência sobre os volumes dos cérebros, para mostrar que as perdas de capacidades intelectuais é indispensável para que as mulheres desenvolvam os atributos que distinguem a feminilidade e lhes permitem a especialização em funções afectivas, enquanto que as funções intelectuais ficam reservadas aos homens.

O pensamento de Freud revela um claro androcentrismo, que contribuiu para a criação de alguns mitos sobre a psicologia feminina, visto que estes se inseriam na ordem natural das coisas (Moscovi, 1961/78, cit por Amâncio, 1998).

De acordo com a teoria Freudiana (1923/1962), na puberdade, já são claras as desigualdades entre o carácter masculino e o carácter feminino que vão influenciar a vida adulta. Estas diferenças resultam da forma de como cada um dos sexos vive o conflito psicológico que se estabelece entre o desenvolvimento da sexualidade e a proibição exercida pela sociedade, sintetizada na resolução do complexo de Édipo.

No âmbito da sociologia, a teoria de Pearsons (1956) sobre a estrutura da família e a socialização dos papéis sexuais contribuiu para fundamentar a necessidade das diferenças nos perfis da personalidade de homens e mulheres. Pearsons estuda a família como uma sistema igual a pequenos grupos, cujo objectivo é a sustento e a manutenção do equilíbrio interno, onde

as funções de liderança são executadas por figuras paternas e maternas, respectivamente. A subsistência da família é assegurada pela figura paterna, através de trabalho que desenvolve no exterior da estrutura familiar, enquanto que o bem-estar familiar é assegurado pela figura materna. O papel masculino “é considerado o mais importante dos diversos papéis que caracterizam a vida adulta e a principal fonte de estatuto e rendimento para a família, mesmo quando as mulheres têm uma actividade profissional” (Amâncio, 1998: 21).

Tendo em conta as duas teorias apresentadas, o modelo da autoridade é, ainda para ambos os sexos, a figura paterna, pois é quem “orienta a ruptura na relação entre mãe e filho para que este desenvolva sua identidade masculina (Idem, 1998).

Depois de verificada, ao longo dos séculos, a supremacia do masculino, podemos questionar o que levou à dominação masculina. Será que as diferenças biológicas são o fundamento da dominação?

Héritier (2004: 141) defendeu que a dominação masculina teve por base, as diferenças biológicas, visto que as mulheres foram confinadas a “um papel de procriadoras domésticas, excluídas do uso da razão, excluídas do político, excluídas do simbólico.” A mulher é consignada apenas como esposa e mãe e não como um indivíduo com os mesmos direitos dos homens. Podemos considerar neste ponto a dominação masculina, através da força física do homem, visto que esta acomodação não significa autorizar, mas conceder.

Depois desta breve reflexão, importa pensar nas consequências morais e sociais que podem ser retiradas para a perpetuação das desigualdades de género, no decorrer destes anos.

## **7. ENQUADRAMENTO JURÍDICO DA PROBLEMÁTICA**

### **7.1 – Ao nível Internacional e Europeu**

No plano internacional, existem diversos instrumentos jurídicos que, não tratando directamente o problema da violência doméstica e, em particular,

contra as mulheres, abarcam outros tantos instrumentos, directamente relacionados com o problema. Mas, aqueles instrumentos mais genéricos são muito importantes porque conferem direitos às pessoas. Por um lado, promovem a dignidade da pessoa humana e, por outro, constituem um limite à discriminação das pessoas e, em particular, das mulheres. Podemos assim enunciar os mais importantes desses instrumentos internacionais: a Carta das Nações Unidas; a Declaração Universal dos Direitos Humanos; os Pactos Internacionais dos Direitos Cívicos e políticos e dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais; a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres e o seu Protocolo; e a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes.

Para além desses instrumentos, a Organização das Nações Unidas (ONU) possui um conjunto de outros, relativos à violência contra as mulheres que são dignos de nota e, normalmente, evocados pelos Estados, pelas Organizações não Governamentais e pelos cidadãos, quando se trata de lutar contra a violência sobre as mulheres: a Declaração de Viena e o Programa de Acção Adoptado pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos; a Declaração da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 48/104, de 20 de Dezembro de 1993); a Resolução sobre a Eliminação da Violência Doméstica Contra as Mulheres (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 58/147, de 19 de Fevereiro de 2004); a Resolução sobre a Eliminação dos Crimes contra as Mulheres Cometidos em Nome da Honra (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 57/179, de 30 de Janeiro de 2003); a Resolução Sobre a Prevenção do Crime e Medidas de Justiça Penal Para Eliminar a Violência Contra as Mulheres (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 52/86, de 2 de Fevereiro de 1998); os Relatórios dos Relatores Especiais das Nações Unidas Sobre a Violência Contra as Mulheres; e a Recomendação Geral n.º 19 do Comité para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres.

É igualmente importante destacar a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, que decorreu em Pequim, a 15 de Setembro de 1995, da qual resultou uma plataforma de acção, bem como a Resolução de 18 de Maio de 2000,

sobre o acompanhamento da plataforma da acção de Pequim (publicado no Jornal oficial da Comunidades JO C 59, de 23 de Fevereiro de 2001:258).

Ao nível estritamente Europeu, há que de salientar alguns instrumentos importantíssimos na Protecção dos Direitos Humanos, nomeadamente, da Mulher, a saber: a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia de 7 de Dezembro de 2000 (publicado no Jornal Oficial das Comunidades JO C 364/01 de 18 de Dezembro de 2000: 1); a Resolução de 16 de Julho de 1997 sobre a necessidade de desenvolver na União Europeia uma campanha de recusa total da violência contra as mulheres (publicado no Jornal Oficial das Comunidades JO C 304 de 6 de Outubro de 1997: 55); a Resolução de 10 de Março de 2005 sobre o Acompanhamento da 4ª Conferência Mundial sobre a mulher – plataforma de acção (Pequim +10); a Resolução de 20 de Setembro sobre a Mutilação Genital Feminina (publicado no Jornal Oficial das Comunidades JO C 77E de 28 de Março de 2002:126); e a Proposta de Resolução do Parlamento Europeu sobre a actual situação e eventuais futuras acções em matéria de combate à violência contra as mulheres, de 2004.

Convém ainda explicar que, apesar da abundância de instrumentos internacionais e Europeus, não existem normas jurídicas, a este nível, que regulem a matéria dos maus-tratos entre cônjuges a nível criminal. Logo, esta regulamentação é, normalmente, desenvolvida pelos Estados. Porém, estes instrumentos internacionais e europeus são utilizados pelos Estados para formular as suas leis, em matéria de maus-tratos. Por isso, embora os problemas relativos aos maus-tratos, à violência doméstica sejam tratados ao nível interno de cada Estado, aplicando-se a respectiva legislação e utilizando-se o controlo jurisdicional dos respectivos tribunais nacionais, a verdade é que isso tem, como inspiração, o direito internacional e Europeu. De tal modo que, se os tribunais nacionais não derem resposta cabal aos problemas, os cidadãos podem recorrer para o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem ou, se for caso disso, para o Tribunal de Justiça das Comunidades.

## 7.2- Em Portugal

Os maus-tratos conjugais surgem como um problema a nível educacional, social e jurídico.

Juridicamente, é de relevar a tutela jurídico-penal que tem sido concedida aos maus-tratos conjugais. A este propósito é importante referir que ocorreu, recentemente, uma alteração significativa no Código Penal que reflecte, perfeitamente, a evolução que esta matéria tem suscitado na sociedade e no legislador. Posto isto, vamos começar por ver, resumidamente, como estava tratada esta situação, até à recente alteração do Código Penal, pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro.

### 7.2.1- O antigo artigo 152º do Código Penal

Em Portugal, este crime encontrava-se tipificado no Código Penal, no artigo 152º, até à alteração que ocorreu recentemente pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro.

Para compreender o alcance deste crime, é importante, conhecer o teor desta norma. Rezava assim o referido artigo 152º do Código Penal português, cuja epígrafe era “Maus-tratos e infracção de regras de segurança”:

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

a) lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente;

b) a empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou

c) a sobrecarregar com trabalhos excessivos;

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

**2. A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus-tratos físicos ou psíquicos. O procedimento criminal depende de queixa, mas o Ministério Público pode dar início ao procedimento se o interesse da vítima o impuser e não houver oposição do ofendido antes de ser deduzida a acusação. (...)**

A leitura do referido artigo 152º levava Carvalho (1999: 329) a dizer que este pretendia prevenir e dar resposta a situações frequentes de violência no



âmbito da família, trabalho e educação, por vezes, prejudiciais para a saúde física, psíquica e para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Verificamos que eram punidos os maus-tratos físicos (ofensas corporais físicas) ou psíquicos (humilhações, provocações, ameaças, curtas privações da liberdade de movimentos, entre outros) e ainda tratamento desumano, como a “omissão de fornecimento, a horas, das refeições ou medicação” (Idem: 333). O bem jurídico protegido era a saúde.

Convém sublinhar que este crime era tratado, neste artigo, em segundo plano, em relação a outros fenómenos de maus-tratos e infracção de regras de segurança, não conjugais, como se os maus-tratos conjugais representassem um fenómeno de menor importância, sem dignidade suficiente para constituírem um crime autónomo. Muito provavelmente, esta secundarização do crime de maus-tratos conjugais devia-se a uma concepção político-legislativa, influenciada pelos meios de comunicação social, que se alterou na última década, em função de muitos casos que passaram a ser tratados, publicamente (Monte, 2006). Apesar de, ainda assim, não se dar o mesmo relevo que a outros crimes (Monteiro & Policarpo, 2007), ou seja, quer pela difusão que os meios de comunicação social têm feito destes casos, quer pelo significativo aumento dos que foram apresentados nos tribunais, por razões que veremos adiante, a verdade é que o legislador sentiu necessidade de alterar o Código Penal, criando um novo tipo legal de crime a que chamou “Violência Doméstica”.

### **7.2.2. - O Actual Artigo 152º do Código Penal: “Violência Doméstica”**

O actual artigo 152º do Código Penal, cuja epígrafe é “Violência Doméstica”, trata praticamente, todas as situações que envolvem, ou podem envolver, maus-tratos entre cônjuges ou pessoas em situações análoga à dos cônjuges e que serão punidos com pena de prisão.

É importante para compreender o alcance deste tipo legal de crime reproduzir e analisar o teor da respectiva norma. Diz-nos assim o artigo 152º:

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

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitora de descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 – No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 – Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

- a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
- b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 – Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 – A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 – Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

Convém referir que estes comportamentos deixaram de ser um crime de ofensa corporal simples, para se tornarem um crime de maus-tratos que, quando versa sobre a vida conjugal é, normalmente, denominado por crime de maus-tratos conjugais, mas que o legislador insere no âmbito da chamada violência doméstica.

O crime de ofensa corporal simples constitui uma ofensa ao corpo de outra pessoa, através de actos violentos, que pode suceder uma só vez, sem

ser no âmbito de uma relação conjugal e sem envolver outros aspectos, ou seja, resume-se apenas a uma ofensa corporal física (cf. por ex. a sentença do Tribunal da Relação de Guimarães de 31/05/2004). (Ver anexo I)

O crime de maus-tratos conjugais releva, não apenas a ofensa física, corporal, mas os “maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo privações da liberdade e ofensas sexuais”. Esses maus-tratos até podem não consistir numa ofensa corporal, como exige o crime de ofensas corporais. Sujeitar o cônjuge a suportar pesos ou a efectuar tarefas forçadas ou pesadas ou, pelo menos, não adequadas às capacidades físicas é um exemplo concreto de mau-trato e tem de suceder mais do que uma vez.

No Código Penal, aparece a distinção entre Agressão e Maus-tratos. A agressão é um acto que acontece uma só vez e os maus-tratos pressupõem actos contínuos. Houve, por isso, uma mudança na legislação portuguesa, na medida em que apenas havia o crime de ofensas corporais e, a partir de 1982, passou a existir também o crime de maus-tratos conjugais. Todavia outros crimes como os de ameaça, coacção, sequestro, coacção sexual, violação, abuso sexual de pessoa incapaz de resistência, homicídio, ofensas à integridade física e dano, no seu conjunto, são relevantes para a chamada violência doméstica (APAV, 1999).

Na verdade, é penalizado de forma autónoma, justamente, através do crime de “violência doméstica”.

Esta necessidade de mudança tornou-se imperiosa devido à consciencialização social de que a família, a escola e o trabalho, não podiam continuar a ser “feudos sagrados, onde o direito penal se tinha de abster de intervir” (Carvalho, 1999:330)

Segundo a opinião de Iñigo (2005:14), o Direito Penal deve assumir, como linha, a prevenção, para que o número de maus-tratos não aumente. Contudo, e segundo a mesma autora, o Direito Penal “desempeña una importante función de prevención general negativa (intimidatoria).”

Os aspectos mais significativos deste crime, tal como está previsto no Código Penal, são muito diversos e importa referi-los.

O **autor** do crime, assim como a vítima, podem ser cônjuges ou ex - cônjuges ou pessoas de outro ou do mesmo sexo que vivam em união de facto, mesmo sem ser em coabitação (Pereira, 2006).

As **condutas** consistem em maus-tratos físicos e psíquicos e, dentro destes maus-tratos, situações de privação da liberdade e ofensas sexuais. Mas, relativamente às ofensas sexuais, convém dizer que a verificação dos maus-tratos por abuso sexual não impede que também ocorram crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, se esses crimes assumirem uma gravidade tal que possam e devam ser tornados autónomos no quadro geral dos maus-tratos. O mesmo se diga das privações de liberdade, porque podem ocorrer privações de liberdade que assumam uma gravidade tal que realizem outros crimes previstos nos artigos 153º e seguintes (crimes contra a liberdade pessoal) e, nesses casos, não está excluída a possibilidade de o infractor também responder por esses crimes, independentemente, dos maus-tratos. Mas, o legislador pretendeu exprimir, de forma clara, a ideia, segundo a qual os maus-tratos físicos e psíquicos podem também incluir certas privações de liberdade e ofensas sexuais.

Quanto às **penas**, para além da pena principal de 1 a 5 anos, o artigo 152º, nº 3 prevê uma agravação de 2 a 8 anos de pena de prisão, quando dos maus-tratos resultar ofensa à integridade física grave, e de 3 a 10 anos de prisão, quando dos maus-tratos resultar a morte.

Comparando, por exemplo, esta última hipótese com o crime de homicídio, verificamos que a pena de 3 a 10 anos é inferior à pena de 8 a 16 anos para os casos de homicídio. No entanto, esta diferença compreende-se. É que, no crime do homicídio, o infractor actua com a intenção de matar a vítima e, por isso, é punido com pena de prisão de 8 a 16 anos, se for simples, e de 12 a 25 anos, se for qualificado; no caso da morte resultante dos maus-tratos, o infractor actua com a intenção de maltratar e não de matar e, por isso, a pena é de 2 a 10 anos. Quer isto dizer que a pena varia em função da culpa do agente, mais, concretamente, do dolo.

Para além da pena principal de prisão, prevê o artigo 152º, nº 4, as penas acessórias de “proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de 6 meses a 5 anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica”. No caso da proibição de contacto com a vítima, pode esta incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho da última, podendo o seu cumprimento ser fiscalizado por meios técnicos à distância (Pereira, 2006). Estas penas

acessórias poderão ter um efeito pedagógico, terapêutico e preventivo de maior relevância que a pena de prisão em relação a futuros maus-tratos. Contudo, não são penas que substituam a pena de prisão. Quer isto dizer que as penas acessórias serão aplicáveis, conjuntamente com a pena principal, ainda que o cumprimento da pena principal possa ser suspensa.

O crime de maus-tratos entre cônjuges ou equiparados, desde que não estejam incapazes ou diminuídos, presentemente, não necessita de queixa, por parte do cônjuge maltratado. Mas nem sempre foi assim. Até 2001, este crime tinha natureza semi-pública, ou seja, carecia de queixa por parte da vítima, para que o Ministério Público pudesse prosseguir criminalmente. No entanto, por razões diversas, entre as quais as sociais, pessoais, familiares, e, sobretudo, culturais, muitas vezes, tais condutas ficavam caladas no silêncio das quatro paredes da casa. A partir de 2001, este artigo foi alterado, passando a ter a redacção que supra indicámos, de tal modo que já não é necessária a queixa da vítima para que haja processo criminal, ou seja, o crime passou a ter natureza pública e, como tal, qualquer pessoa pode denunciá-lo, como, por exemplo, um vizinho, um familiar, etc. Esta alteração serviu para ajudar a Justiça a intervir em casos que, normalmente, estavam silenciados. A queixa, inclusive, pode ser dispensada, desde que o Ministério Público entenda que o procedimento criminal é de interesse da vítima (Carvalho, 1999:337). Esta questão prende-se com a necessidade de que os maus-tratos conjugais não fiquem impunes, pois a vítima, frequentemente, tem medo de represálias.

Também por razões familiares e económicas acabou por surgir uma nova alteração, mas, desta vez, no Código de Processo Penal. Admitiu-se que o processo fosse suspenso, até à arquivação, com a condição de o arguido, no prazo da suspensão, cumprir certas regras de conduta ou injunções que, muitas vezes, iam no sentido de o reintegrar, até a pedido da vítima. O paradoxo é evidente, mas justifica-se por razões familiares – evitar a desagregação familiar – ou até económicas – evitar que o cônjuge venha a ser punido com pena de prisão e falte à família com o seu único sustento.

Segundo Carvalho (1999), o crime de maus-tratos conjugais apenas é punido, criminalmente, quando ocorre dolosamente, ou seja, quando existe uma intenção de o cometer por acção ou por omissão. Será doloso por acção quando, por exemplo, existem, reiteradamente, ofensas corporais,

humilhações, provocações, etc., e será doloso por omissão, quando existe reiterada omissão do fornecimento, a horas, das refeições ou da medicação. Em ambos os casos, no entanto, é necessário que haja intenção e vontade de realizar essas condutas. Pode suceder que não haja intenção ou vontade e que somente existia descuido ou ignorância. Em tais situações, seja por acção ou omissão, o facto de ser por negligência implica que a conduta não seja punida judicialmente, porque este crime só é punido, quando existe dolo.

### **7.2.3. - Legislação Avulsa – Breve Referência**

Além do Código Penal, a vítima de maus-tratos tem ao seu dispor diversos diplomas legais. Entre eles, podemos destacar:

- a Lei 61/91, de 13 de Agosto – garante protecção adequada às mulheres vítimas de violência; a Lei 59/98, de 25 de Agosto – altera o artigo 200º (proibição de permanência, de ausência de contactos) do Código do Processo Penal, relativo à aplicação de medidas de coacção, em processo penal;
- a Resolução do Conselho de Ministros nº 55/99, de 15 de Junho – aprova o Plano Nacional Contra a Violência Doméstica; a Lei 93/99, de 14 de Julho – regula a aplicação de medidas para protecção de testemunhas em processo penal;
- a Lei 107/99, de 3 de Agosto – cria a rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência; a Lei 129/99, de 20 de Agosto – aprova o regime aplicável ao adiantamento pelo Estado da indemnização devida às vítimas de violência conjugal;
- o Decreto-lei nº 323/2000, de 19 de Setembro – regulamenta a Lei nº 107/99, de 3 de Agosto, que estabelece o quadro geral da rede pública de casas de apoio às mulheres vítimas de violência;
- a Resolução do Conselho Ministros nº 88/2003, de 7 de Julho – aprova o II Plano Nacional contra a Violência Doméstica.

Esta última inclui uma resolução muito importante sob o ponto de vista político, uma vez que define diversas linhas programáticas para combate à

violência doméstica e aos seus efeitos, assente em diversos vectores: a formação dos técnicos encarregados de lidar com o fenómeno; a legislação e sua aplicação; a protecção da vítima e sua integração social; a investigação científica sobre o tema; a problemática inerente às mulheres imigrantes; e a avaliação do próprio Plano.

Estes diplomas legislativos acabam por complementar o Código Penal. Porém, muito mais importante que isso, o papel punitivo, quiçá repressivo do Código Penal, é o papel preventivo, educativo, terapêutico que está subjacente a tais diplomas. Em conjunto, o Código Penal e esta legislação apresentam-se como instrumentos normativos, muito eficazes, para o combate à violência doméstica. Resta saber se a sua aplicação tem os efeitos que lhes estão assestados. É sabido que nem sempre é assim. É sabido que o facto de existirem boas leis não é suficiente para garantir a eficaz realização das políticas, em causa. Todavia, constituem um passo importante.

## **Parte II**

# **Fundamentação Empírica**



*“ (...) Ele agarrou na motorizada e levou-me, mas eu a pensar que ele chegava a Oliveira e me levava num carro de praça, não senhora, levou-me de motorizada e, de vez em quando, ainda se ria. Eu gritei todo o caminho, era uma dor de morrer!”*

### Percurso Biográfico

Eva nasceu em 1925, numa freguesia rural do concelho de Oliveira de Azeméis. Filha de pais agricultores, trabalhou no campo desde os treze anos, porque os seus irmãos partiram para o Brasil e ela era a única mão-de-obra disponível, em casa.

Aos 21 anos, após quatro anos de namoro, Eva casou. Para Eva o namoro *“era falar, às vezes, amuava (...) Era bom para mim. Às vezes, tínhamos uns arrufos de namorados, como todos os namorados têm”*. Contudo, este namoro foi interrompido, durante ano e meio, por causa da ida à tropa do namorado para o Ultramar. Aqui, o meio de comunicação era a escrita, lembrando que: *“Nesse tempo não havia as coisas que há agora, (...) Não havia nada. Nós escrevíamos”*.

Eva recorda que o seu marido, durante o namoro *“era brincalhão”*, mas após o casamento *“mudou”* e que *“se fosse hoje, não voltava a casar com ele”*, lastimando que o casamento se transformou numa *“cruz”*.

### A vida conjugal e os maus-tratos

O casamento de Eva não foi consentido pelos pais, lembrando que o *“falecido pai não queria que eu falasse para o meu marido, porque o meu sogro gostava muito de mulheres”*. Apesar dos conselhos da família, Eva gostava do namorado e casou. Contudo, o rapaz brincalhão, de então, tornara-se um *“homem cru”* e *“frio”*.

Eva foi morar e trabalhar na lavoura, com os sogros, mas, depois de várias quezilas entre o casal e os sogros, saíram. Neste sentido

relembra que ganhava *“5\$ por semana e depois deixou de dar (...) A minha mãezinha chorou muito porque, queria que nós fossemos para lá”*.

A partir daqui, trabalhou num armazém e nos campos e o seu marido emigrou para a Venezuela para trabalhar na construção civil: *“trabalhava, por lá, a matar o corpo”*.

Com o passar dos tempos e com o regresso do seu marido, a violência verbal apoderara-se do casamento de Eva, lembrando, com desagrado, o episódio do nascimento de um filho *“já andava o parto a modo a querer correr e eu ainda esfreguei a cozininha como pude. À noite, apeteceu-me uma sopinha branca, com cebola e batatinhas cortadinhas miudinhas e um arrozinho, não se usava a pevide e, ao pois, ia-me a levantar para fazer a cama, pois tinha botado a roupa à janela para arejar, já ao escurecer, e as águas, ao entrar na porta da cozinha, rebentaram, e eu, como já não era o primeiro, disse: Oh, vai chamar a tua irmã (ela vivia aqui em baixo) e ele respondeu-me: Vou chamar a minha irmã para ela nos ficar a aturar toda a noite? Mas foi. E eu disse: vai, mas não te demores! Quando eles chegaram, o bebé já estava a chorar, já tinha nascido. Fiz tudo sozinha, ela ó depois só cortou o embiguito e lavou-o. Depois a irmã disse para o irmão: Ó Tono, vai buscar uma galinha que eu mato e deixo uma sopinha a fazer e depois tu dás à tua mulher. Ele respondeu: Ela ainda agora comeu.”*

A falta de atenção do marido, em relação às necessidades de Eva, leva a que esta recapitule mais um episódio em que se magoara com a queda de umas ramagens e o seu marido pouco a ajudou: *“ (...) quando acordei gritei muito, (...) Mas ele foi à vida dele, ele não esteve ali a acariciar-me, deixou-me assim caída, foi lá para o campo. Quando me ouviu então gritar, veio (...), mas eu não podia caminhar. Quando ele me pôde arrastar, veio (...), cheguei a casa e botei-me na cama, pois eu não podia. E ele tornou para o campo e eu fiquei na cama, pois eu não podia”*.

Este facto também revela que os tristes momentos da vida de Eva foram rodeados por grandes esforços de trabalho, que esta lembra como: *“martirizada, sempre a trabalhar”*.

Eva não sabe as razões do mau feitio do marido, mas não retira a hipótese da ligação aos traumas de guerra, da tropa em Lourenço Marques e à socialização familiar que levara: *“é o jeito dele, chamava muitos nomes (...) andou por estas terras fora (...) os meus sogros foram os culpados”*.

Os maus-tratos sofridos por Eva eram verbais e psicológicos, salientando que nunca lhe *“bateu”*.

Eva jamais partilhava o que passava, por constrangimento e desilusão, recordando que: *“encobria dos meus pais (...) não queriam que eu casasse”*.

Nesta altura Eva pensou em abandonar o marido, no entanto, nunca o fez *“por vergonha”*.

Eva teve dois filhos e relembra, embevecida, que o seu marido *“era carinhoso” para estes e que nunca lhe fora infiel nem teve os vícios do álcool ou tabaco. Apenas lamenta que: “ele, se me tratava mal, não tinha por isso, porque eu não era desordeira. Foi o meu destino.”*

A consciência de que era maltratada faz de Eva uma vítima de violência conjugal que a magoa, emocionalmente, fazendo com que, ainda hoje, relembre os momentos em que trabalhava *“como uma burra”* e que, em caso de doença, o seu marido era *“cru, frio”* ao ponto de a ter levado para o Hospital, de motorizada, e nem sequer ter chamado um táxi para ir mais acomodada.

### Maus-tratos verbais e psicológicos ainda hoje

A partir do momento em que o marido de Eva passa a ter problemas de saúde, os maus-tratos diminuem; contudo, não cessaram: *“de vez em quando ainda lhe dá aqueles nervos e diz-me de tudo”*.

Actualmente, Eva mora com o seu marido e usufrui, semanalmente, dos Serviços de Apoio Domiciliário e, em relação a possíveis actos de

**violência conjugal entre os filhos e as mulheres, Eva afirma que “defendia a nora”.**

**Eva lastima a infelicidade do seu casamento que, ainda hoje, perdura e evidencia que: “casei e apanhei a minha cruz. Se fosse hoje, não voltava a casar com ele”.**

**Embora reconheça que a sua vida conjugal passou por momentos difíceis, Eva refere que este foi o seu «destino» e que ainda hoje “gosto dele (...) perdoo-lhe tudo”.**

**Nem sempre é fácil determinar o que se pretende investigar.**

**(Marconi & Lakatos, 1999: 25)**

## **CAPITULO 4-OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Este capítulo de metodologia fundamenta a organização dos dados, articulando-os com as categorias teóricas, resultantes da revisão da literatura da temática da investigação, bem como com as categorias empíricas, retiradas do tratamento dos dados recolhidos.

Qualquer procedimento empírico prevê que sejam tomadas opções metodológicas, para que o investigador possa utilizar o método científico, com rigor e honestidade, e ainda utilizar os recursos, de forma produtiva e eficaz.

Escolher uma metodologia de investigação passa por se saber o que pensa o investigador sobre a realidade e o que existe que possa ser conhecido (Cuba & Lincoln, 1991).

Até 1970, as metodologias de estudo baseavam-se em técnicas quantitativas. Nesta altura, assistiu-se ao aparecimento de metodologias qualitativas, que procuram mais a compreensão do que a explicação de determinados fenómenos.

A dicotomia entre métodos qualitativos e quantitativos tem a ver com o estatuto epistemológico. Se tratarmos a relação entre os fenómenos como uma relação entre números, estamos numa perspectiva quantitativa.

A abordagem interpretativa ou compreensiva, de carácter qualitativo, põe em realce o significado intrínseco dos factores e fenómenos.

A informação deve ser recolhida no contexto em que é produzida e deve ser adequado aos objectivos que se pretende atingir.

A realidade científica não pode ser garantida, em exclusivo, por um conjunto de regras. As decisões tomadas num trabalho de investigação podem seguir um caminho interactivo, procurando-se desta forma, uma metodologia mais qualitativa do que quantitativa.

## 1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Um problema de pesquisa não se pode “resolver pela intuição, pela tradição, pelo senso comum, ou até pela simples especulação” (Laville & Dionne, 1999: 88). Deve sempre supor a recolha de informações de forma a compreendê-lo ou, até mesmo, resolvê-lo de maneira coerente, completa e parcimoniosa (Gauthier, 1992).

A estratégia de construção do presente estudo, prende-se com o facto de se procurar saber até que ponto os idosos, com mais de 60 anos, que recebem Serviço de Apoio ao Domicílio, nos concelhos de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra, sofrem de maus tratos, por parte do seu cônjuge. Pretende-se, assim, obter dados que possam consolidar propostas de mudança de comportamentos pessoais, familiares e sociais e que visem o desencadeamento de novas acções e atitudes mais positivas em relação aos idosos.

Neste sentido, este capítulo constitui um ponto de chegada, na medida em que é resultado de reflexões realizadas aquando da revisão bibliográfica, que, segundo Quivy & Campenhoudt, (2005:69) “ (...) ajuda a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema e “é o ponto de partida para novas propostas de prevenção e intervenção.

Entendendo a metodologia como a “análise crítica dos métodos de pesquisa – quer dizer, dos processos e problemas da investigação empírica” (Silva & Pinto, 2005:9), o problema que se pretende investigar será enunciado sob a forma de uma Pergunta de Partida. Como afirmam Almeida & Pinto (2005:62) “o primeiro momento é o da interrogação, do questionamento a certas dimensões da realidade. A forma e os protocolos da pergunta de partida não-de condicionar as respostas (...) ou seja, as evidências empíricas a que a investigação conduz são por elas antecipados”.

Deste modo, a Pergunta de Partida que originou a realização deste estudo e à qual se pretende obter resposta foi:

**Até que ponto os idosos que recebem serviço de apoio ao domicílio são vítimas de violência conjugal?**

Esta questão torna-se bastante pertinente pois, como verificamos aquando da revisão da literatura, a vida conjugal implica um reajustamento constante, bem como “uma articulação satisfatória entre os papéis e funções parentais e conjugais, na medida em que as exigências de um sistema e outro se sobrepõem” (Costa & Duarte, 2000:11). As mudanças estruturais na família são, por isso, bastante complexas e podem tornar-se fonte de crescimento e enriquecimento ou, pelo contrário, podem conduzir a disfuncionalidade conjugal, afectando as relações familiares, ao longo do ciclo de vida.

É necessário reflectir que, apesar da família ser um espaço privilegiado, nem sempre o impulsiona da melhor maneira, pois, para que se tenha harmonia, é pressuposto existir amor, carinho e protecção e não medo, disputa e violência (Ibidem).

Contudo, o problema da violência conjugal não pode ser visto sem se ter em conta um “conjunto de valores, de crenças, de estilos de vida e do sistema sócio-político característico de uma determinada cultura e época” (Idem: 12). Só percebendo a importância destes factores é que podemos operacionalizar um comportamento violento.

No entanto, não nos podemos esquecer que o sistema familiar onde se integra a população, em estudo, é caracterizado por ser um sistema patriarcal, onde o homem é a maior autoridade, devendo as pessoas que não se identificam, fisicamente com ele (não serem adultos do sexo feminino) serem suas subordinadas, prestando-lhe obediência. Isso faz com que as relações entre as pessoas sejam desiguais e hierarquizadas.

## **2- DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES**

Depois da definição do problema a ser investigado, é necessário formular as hipóteses. A hipótese é “a proposição testável que pode vir a solucionar o problema” (Gil, 1995:35). Estas podem ser verdadeiras ou falsas, isto é, podem ou não confirmar o problema. Para Sierra Bravo (2001:69), hipóteses são “enunciados teóricos supuestos, no verificados però probables, referentes a variables o a relación entre variables.” Ou seja, as hipóteses

pretendem verificar se a questão colocada se ajusta, ou não, à realidade e se é ou não confirmada. As hipóteses devem derivar das variáveis que se pretendem pesquisar.

Para construir o modelo de análise, é necessário formular um corpo de hipóteses que assegure a coerência e o rigor do trabalho. As hipóteses devem “articular-se umas com as outras e integrar-se (...) na problemática (...). Problemática, modelo, conceitos e hipóteses são indissociáveis (Quivy & Campenhout, 2005:138). As hipóteses formuladas sujeitam-se a confirmação ou negação, contribuindo para a organização e relação da informação obtida na investigação.

Por isso, as hipóteses que procuramos confirmar ou infirmar são as seguintes:

**Hipótese 1:**

**Os maus-tratos fazem parte integrante da vida quotidiana dos idosos com serviço de apoio domiciliário;**

A entrada nesta etapa da vida faz com que a convivência entre o casal aumente e, como, por vezes, não consegue “reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004:28) surge a sensação de que não se serve para nada, podendo mesmo entrar em depressão. Este estado poderá gerar o conflito e os maus-tratos entre o casal.

A frequência do abuso é “difícil de operacionalizar, porque varia entre as diferentes formas de violência” (Costa & Duarte, 2000: 16). Podemos tomar, como exemplo, o abuso psicológico ou emocional, talvez o mais aceitável em termos sociais, “poderá acontecer que não seja considerado, em determinadas situações, como uma forma de violência, mas antes, como uma estratégia habitual de lidar com determinados problemas (Ibidem).

Através da metodologia qualitativa (histórias de vida), pretende-se perceber desde quando ocorrem os maus-tratos sofridos pelas vítimas, se estes sempre fizeram parte da vida quotidiana dos idosos ou se se iniciaram com a entrada na reforma.



### **Hipótese 2:**

#### **As vítimas de maus-tratos são maioritariamente do sexo feminino;**

No sistema patriarcal, onde o homem é detentor do poder e os papéis são definidos tradicionalmente, face a vivências familiares ainda conservadoras, prevalece a ideia que o homem é que é o agressor, mas, na verdade, embora utilizando estratégias diferentes, a mulher é também violenta (Costa & Duarte, 2000: 13). A violência é considerada por Costa & Duarte (2000:18)

como uma forma de comunicação em que o individuo funciona como emissor (agressor) e outro como receptor (vitima), sendo difícil determinar quem é um ou quem é o outro e, conseqüentemente, isolar estes elementos de um contexto mais alargado que é a dinâmica relacional familiar e desta com o meio, quer no sentido mais restrito quer no mais abrangente em que se insere.

Ao analisar os dados apresentados pela PSP e pela APAV, para o ano de 2006, verificou-se que existe um crescimento do número de vítimas e de agressores de ambos os sexos.

### **Hipóteses 3:**

#### **As condições religiosas e económicas determinam os maus-tratos conjugais.**

A problemática da violência conjugal “não pode ser abordada de forma dicotómica, mas considerando as vítimas e os agressores pois, na sua essência, ambos são responsáveis pelo clima de violência” (Costa & Duarte, 2000: 14). Verificando que a dinâmica relacional está posta em causa, a sua análise deve ter em conta o contexto histórico, social, cultural, económico e religioso. Deste modo será possível passar-se de “um discurso anti-violência a uma prática efectiva de combate à violência” (Ibidem). É importante ainda referir que as interacções familiares se baseiam em relações de poder e controlo, do marido relativamente à esposa ou vice-versa. Trata-se de uma resposta, socialmente, aceite de comunicação e interacção entre os vários elementos da família e da sociedade. Quando trabalhamos com a violência

familiar, deparamo-nos com um grande problema, pois é difícil definir o que é comportamento violento. Ao definir a violência, temos que ter em conta questões como a intencionalidade, a frequência e a severidade. A intencionalidade é, no entanto, difícil de operacionalizar. Estes factos só podem ser observados, através dos relatos dos intervenientes, acarretando subjectividade. É ainda importante reflectir sobre a forma como a violência é interpretada pelos investigados, pois esta dimensão está associada a questões culturais que podem influenciar a percepção do indivíduo sobre o significado da violência, que será tão diversificado quanto as dinâmicas conjugais e familiares.

#### **Hipótese 4:**

##### **Os maus-tratos são consequência do consumo de álcool.**

O alcoolismo leva a alteração dos hábitos familiares, fugindo, muitas vezes, ao convívio da família. Com a perda do impulso sexual provocado pelo álcool, surgem episódios de ciúme alcoólico, onde, por exemplo, o bebedor atribui à esposa infidelidades imaginárias.

No entanto, não nos podemos esquecer que somos produtores de vinho, e culturalmente consumidores de bebidas alcoólicas. Por isso, desvalorizamos o seu consumo, pois a situação dramática em que vive o nosso país não se pode distanciar dos factores históricos, culturais e sociais.

O álcool e o consumo de outras substâncias pelo agressor podem levar a maus-tratos, apesar de não existirem dados que comprovem esta causalidade. Existem, contudo, alguns estudos, como Doerner & Lab (1995) que nos mostram que mais de metade dos agressores bebem em excesso.

De acordo com um estudo elaborado pela APAV, num concelho do Distrito de Aveiro, a fazer fronteira com os dois concelhos em estudo, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra, publicado no jornal local Labor, de 24/11/2005, podemos concluir que o alcoolismo é o principal problema do agressor, pois em 53%, o agressor tem problemas de alcoolismo.

De acordo com Mello et. al. (2001) embora não seja muito clara a acção do álcool e do alcoólico sobre determinadas áreas, é usual apontar-se uma relação de causa-efeito entre o alcoolismo e perturbações na família. Para os

mesmos autores (2001:71), o lar do doente alcoólico é “um lar patológico e um lar patogénico, com inevitáveis repercussões sobre os restantes elementos.” O alcoolismo faz sentir-se na família a vários níveis: dificuldades e carências materiais; perturbações relacionais; deterioração progressiva do lar; desagregação familiar; desemprego; despromoção profissional e perturbações de carácter relacional e dinâmico.

A família, “nesta evolução (...) passa por estádios intermédios, carregados de conflitos, agressividade e dramatização. A relação conjugal pode ir desde a dependência à agressiva rivalidade e ambivalência” (Idem: 72).

### **Hipótese 5:**

#### **As pessoas idosas estão conscientes que sofrem maus-tratos:**

O sistema familiar é caracterizado por ser um sistema patriarcal, onde o homem é o detentor do poder e os papéis são definidos, tradicionalmente, face a vivências ainda conservadoras.

As questões culturais poderão levar a que alguns idosos encarem algumas situações, do dia a dia, como algo normal, pois sempre foi assim com os seus antecessores. No entanto, há idosos que têm consciência dos maus-tratos, mas não fazem nada, pois temem sofrer represálias por parte do seu cônjuge. Estes dizem que, neste momento, já estão velhos e, por isso, já não vale a pena fazer nada.

## **3.OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO**

O objectivo de um estudo enuncia, de forma precisa, o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação (Fortin, 2003).

Tendo em conta a questão que norteia a nossa investigação, definiu-se o seguinte **objectivo geral**:

- Contribuir para um melhor conhecimento do tipo de maus-tratos de que são vítimas os idosos casados, do concelho de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra, que recebem Serviço de Apoio ao Domicílio, a fim de obter dados que

possam consolidar propostas de mudança de comportamentos pessoais, familiares e sociais e que visem o desencadeamento de novas acções e atitudes mais positivas, em relação aos idosos.

Deste modo, foram delineados os seguintes **objectivos específicos**:

- Identificar se as vítimas de maus-tratos são, maioritariamente, do sexo feminino;
- Saber se os maus-tratos fazem parte integrante da vida quotidiana dos idosos que recebem serviço de apoio domiciliário;
- Comprovar se existem maus-tratos nas relações conjugais;
- Saber se as pessoas idosas estão conscientes de que sofrem maus-tratos;
- Analisar se os maus-tratos são consequência do consumo de álcool por parte do agressor;
- Identificar se as condições religiosas e económicas determinam os maus-tratos conjugais;

A operacionalidade destes objectivos traduzem-se num conjunto de questões que, enraizadas em pressupostos teóricos já apresentados em capítulos anteriores, corporizam os eixos de problematização a desenvolver e evidenciam os contornos do nosso objecto de estudo.

#### **4- OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Qualquer investigação tem subjacente uma teoria. Para que exista teoria, são utilizados dois processos de abordagem: o dedutivo e o indutivo. Hill & Hill (2005: 26), dizem-nos que “os dados já conhecidos formam, por meio do processo indutivo, uma teoria, a qual, por meio do processo dedutivo, pode prever novos dados.” Ou seja, uma boa teoria deve produzir, cada vez mais, dados novos. É necessário verificar através da teoria se esta sustenta os dados empíricos.

Para Silva & Pinto (2005:62), a teoria é

conferido o papel de comando do conjunto do trabalho científico, que se traduz em articular-lhe os diversos momentos: ela define o objecto de análise, confere à investigação por referência a esse

objecto, orientação e significado, constrói-lhe as potencialidades explicativas e define-lhe os limites.

Este objecto, naturalmente, condiciona a ajuda na selecção da metodologia; tanto mais que, a investigação tem um carácter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objectivo fundamental da investigação é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (Gil, 1995: 42).

Assim, o processo de investigação impõe uma organização sistemática do trabalho, um procedimento racional que permita a concretização de objectivos propostos. Este processo desenvolve-se, desde a formulação da pergunta de partida até à apresentação dos resultados.

A metodologia é o modelo ou quadro orientador da pesquisa; é um conjunto de procedimentos que permitem a selecção e coordenação das técnicas, de acordo com o objectivo teórico (Ibidem).

Autores como Almeida & Pinto (1990) têm proclamado a necessidade de se accionarem metodologias de investigação capazes de dar conta da dinâmica dos processos sociais que contribuam para dotar, de um novo sentido, a prática do investigador, no que diz respeito à sua implicação na observação e análise dos fenómenos. Estas reflexões partem de uma “crítica sistémica à perspectiva positivista sobre a prática científica, que proclama para o investigador uma postura neutra e passiva na observação e registo dos fenómenos” (Idem:62). Essas críticas fundamentam-se na natureza do trabalho científico, na área das Ciências Sociais, onde se sabe que o investigador tem um papel privilegiado na definição e delimitação do objecto de estudo, pois ele vai “delimitando” o seu campo de análise, privilegiando certas dimensões da realidade, procedendo ao que os autores chamaram de “fechamento controlado do campo empírico” (Idem:63).

Sabe-se que neste contexto, a ligação do investigador ao objecto é mediatizado pelas interpretações dos actores sociais. Daí que a matéria com que lidam sejam as realidades – e não a realidade – tal como são conceptualizadas e verbalizadas pelos actores (Dias, 2004).

Ao conceber-se, desta forma, a prática de investigação, estamos a adoptar uma postura epistemológica, que implica a decisão de reconhecer

valor e capacidades heurísticas aos saberes dos actores sociais, implicados na situação a estudar.

Em qualquer investigação, é necessário a utilização de um método científico, e como nos refere Lakatos & Marconi (2000:44), “não há ciência sem o emprego de métodos científicos”. Este é para os autores “o conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objectivo – conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (Idem:46).

A dicotomia entre metodologia qualitativa e quantitativa tem a ver com o estatuto epistemológico. Se pensarmos numa relação entre números, estamos numa perspectiva quantitativa. É preciso ter o cuidado de não relacionar os fenómenos de forma simplista e puramente numérica.

A abordagem qualitativa realça o significado intrínseco dos factos e fenómenos. A informação recolhida deve ser adequada aos objectivos que se pretendem atingir e recolhida no contexto onde é produzida. A ênfase é dada à procura da realidade e à sua compreensão.

A metodologia quantitativa e qualitativa que iremos utilizar permite-nos confrontar as concepções teóricas, abordadas no marco teórico, com o material empírico que vamos recolher, possibilitando, assim, o conhecimento científico. Utilizamos dois métodos diferentes, pois pretendemos, desse modo, eliminar as debilidades de cada um. Assim, o nosso estudo procurou analisar a questão orientadora seleccionada, recorrendo a dois instrumentos de recolha de dados: Inquérito por questionário e histórias de vida.

Cada um destes instrumentos de recolha de dados terá um ponto específico, onde serão tratados todos os aspectos, ligados ao planeamento, execução, interpretação e avaliação dessa metodologia.

O nosso estudo é de tipo exploratório porque, de acordo com Gil (1995:44) “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Pretende ainda, “discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo” (Fortin, 2003:162). Por isso, é importante referir que a escolha do estudo exploratório teve a ver com a necessidade de

se clarificar todos os conceitos, relacionados com o envelhecimento e com os maus-tratos a nível conjugal.

## **5- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A investigação científica é uma actividade humana, de grande responsabilidade moral, pelas características que a definem. A procura da verdade que dá sentido a esta actividade exige rigor, isenção, persistência e humildade; investigar é, acima de tudo, tentar contribuir para a interpretação da condição humana, complexa na sua estrutura do cosmos.

Fortin (2003) refere que a investigação aplicada a seres humanos pode por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. A comissão de ética determinou cinco princípios ou direitos aplicáveis aos seres humanos, que protegem os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. São eles: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

Na realização desta investigação, teremos, em consideração, todos os aspectos éticos referidos, anteriormente, como protectores do direito e liberdade dos inquiridos intervenientes nesta investigação, já que “o papel do cientista não é o de um mero registador de factos” (Fernandes, 1997:13).

Nos últimos anos, tem havido uma preocupação crescente com a protecção dos indivíduos utilizados como sujeitos de investigação.

Assim, todo o trabalho de investigação que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados, de modo a protegerem os direitos dos indivíduos. Tudo isto tivemos em atenção na realização deste estudo.

## 6-INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

Um trabalho de investigação tem uma metodologia própria, composta por uma sequência de fases e um conjunto de processos que levará à obtenção de resultados. É importante que o investigador faça uma reflexão sobre o caminho a percorrer, tendo sempre, em conta, o que procura saber e a forma como o vai conseguir (Quivy & Campenhout, 2005).

Para estes autores, a técnica de recolha de dados,

consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores (Idem, 188).

Os maus-tratos conjugais, enquanto objecto de análise científica, são um tema muito sensível, de natureza privada e do foro íntimo, tornando difícil a sua investigação. Esta análise torna-se ainda mais complexa, quando a população, em análise, é constituída por pessoas idosas, em que, por questões familiares e culturais, os maus-tratos são difíceis de assumir e de identificar.

Segundo Dias (2004:236), este problema é ainda

mais pertinente, se se atentar que a maior parte da informação recolhida é retrospectiva e que, nem sempre, os sujeitos conseguem lembrar com detalhe todos os factos e emoções presentes nas situações de violência. É comum os incidentes menores serem esquecidos ou redefinidos e os mais graves serem suavizados, sobretudo quando ainda existe uma ligação afectiva com o agressor.

Antes de iniciar a recolha de dados, o investigador deve questionar-se sobre as informações que pretende recolher, para responder aos objectivos da sua investigação.

Utilizamos, como técnica de recolha de dados, o inquérito por questionário e por entrevista, tendo como intuito a utilização de uma maior diversidade de métodos para criar uma maior confiança nos resultados, não esquecendo que “o método de recolha de dados deve ser adoptado ao tipo de dados a investigar” (Albarelho, 2005:86).



## 6.1- O Inquérito por Questionário

Para o nosso estudo, consideramos pertinente, na análise quantitativa, recorrer à técnica do inquérito por questionário, pela sua objectividade.

Marconi & Lakatos (1999:100) referem que o “questionário é um instrumento de colecta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.”

No entanto, Sierra Bravo (2001:306) acrescenta que o inquérito por questionário pode assumir a forma de entrevista, quando

en las entrevistas el cuestionario es aplicado a los sujetos investigados por personas especializadas en esta tarea, reclutadas y preparadas por la dirección de la investigación, quienes hacen a los encuestados las preguntas del cuestionario y anotan en él sus respuestas.

Nesta investigação o inquérito, por questionário, assumiu a forma de entrevista, visto que a população, em estudo, não tinha capacidade para preencher o questionário sem a presença do entrevistador, porque a maioria dos sujeitos não sabe ler nem escrever. É importante referir que o entrevistador limitou-se a perguntar, utilizando sempre a não sugestão de forma a não influenciar as respostas.

Segundo Quivy & Campenhoudt (2005: 189), este método é adequado para “o conhecimento de uma população enquanto tal: as suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões”.

O inquérito por questionário (Anexo II) utilizado nesta investigação foi uma adaptação do realizado por Soriano (2006), um dos orientadores desta investigação.

O fio condutor do nosso questionário reflecte a Pergunta de Partida e as hipóteses de trabalho.

Aquando da construção do inquérito por questionário, houve a intenção de diferenciar e separar as distintas formas de maus-tratos, dentro da violência conjugal. O questionário está dividido em duas partes. Na primeira parte, pretende-se caracterizar a população em estudo, relativamente ao sexo, à idade, à profissão que desempenhava, à escolaridade, ao local de residência,

às formas de convivência, às crenças religiosas, à posição ideológica, à situação económica, entre outras. A segunda parte é constituída por 5 categorias: mau-trato físico, psicológico, abuso sexual, abuso económico e síndrome de munchausen, as quais se explicitam através de 24 itens que, pela descrição de situações concretas, perguntam directamente sobre comportamentos objectivos, sem os etiquetar como violência. Nestas situações, o tipo de pergunta utilizada é a fechada, visto que existem três opções de resposta: Nunca, Alguma Vez e Com frequência. Foi utilizado este tipo de questões fechadas, porque nos pareceu mais fácil a sua aplicação da análise estatística, dado que teríamos, sempre, só três possibilidades de resposta em cada variável, o que leva, “por vezes a informação das respostas pouco «rica» ” (Hill & Hill, 2005:94), mas mais fácil de trabalhar. As situações formuladas para cada tipo de mau – trato são:

**A) MAUS -TRATOS FÍSICOS:** qualquer acção não acidental que provoque dano físico numa pessoa ou a coloque em risco de o padecer.

14- Quando se zanga, chega a empurrá-la/o ou a agredi-la/o.

15- Quando se zanga, agride animais e objectos da sua estima.

**B) MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS/ PSIQUICO:** qualquer acção que produza desvalorização, sofrendo um dano psicológico.

16- Insulta-a/o ou ameaça-a/o.

17- Em certas ocasiões, os seus comportamentos causam-lhe medo.

Os maus tratos psicológicos podem dividir-se em **subcategorias**:

- Abandono psicológico: supõe a ausência de atenção às necessidades afectivas e aos estados de ânimo das pessoas;

30- Não tem em conta a sua opinião e não considera os seus pedidos.

31- Mostra-se indiferente perante os seus problemas ou necessidades.

- Desvalorização pessoal: é a forma de mau-trato que se exerce através das formas depreciativas que tentam convencer do pouco valor individual e social da pessoa;

24- Diz-lhe que não é capaz de fazer nada sozinho/a.

25- Diz-lhe que as coisas que faz estão mal.

26- Diante da família, amigos/as, companheiros/as ridiculariza-a ou não lhe dá valor.

27- Não dá valor aos trabalhos ou esforços que realiza.

- Desvalorização ideológico-religiosa: tenta desvalorizar as crenças religiosas e os valores ideológicos da pessoa;

32- Não respeita a sua ideologia política ou as suas crenças religiosas.

33- Ironiza, ridiculariza a sua ideologia política ou as suas crenças religiosas.

- Controlo pessoal: refere-se aos comportamentos que tentam vigiar as actividades e as relações da pessoa com o objectivo de as limitar e fazer um efectivo papel de dependência pessoal;

28- Controla-lhe os horários e pergunta pelas suas saídas.

29- Tenta decidir que coisas pode fazer.

- Abuso por actividades domésticas ou por papel de género: crenças sobre que papéis são apropriados para homens e mulheres. Como forma de mau – trato são enfatizados papéis domésticos de um membro do casal associado a uma concepção sexista;

34- Responsabiliza-a pelas “tarefas próprias do seu género”.

35- Culpa-a/o, porque não o/a atende como deve fazê-lo uma mulher/um homem.

- Isolamento social: consiste em proibir as relações inter - pessoais de um membro do casal;

22- Dificulta ou impede de ter relações com a família, amigos/as, companheiros/as.

23- Coloca-lhe entraves para sair de casa.

**C) MAUS-TRATOS ECONÓMICO/ FINANCEIRO:** entende-se por abuso económico o controlo que é feito dos bens materiais do casal de maneira a utilizá-lo, de forma abusiva e sem consentimento;

20- Usa o seu dinheiro como se fosse seu.

21- Tenta controlar o seu dinheiro.

**D) ABUSO SEXUAL:** qualquer contacto sexual realizado sem consentimento e contra a vontade do casal, assim como pôr em prática relações sexuais sentidas pelo outro como degradantes e/ ou humilhantes para a sua dignidade;

18- Força-a a ter relações sexuais contra a sua vontade.

19-Tenta manter relações sexuais degradantes ou humilhantes para si.

**E) SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN:** quando um membro do casal induz sintomas ou patologias físicas no outro elemento;

36- Administrou-lhe alguma substância para lhe causar dano ou doença.

37- Manipulou amostras de análises para lhe simular uma doença.

Sabemos, na prática, que as distintas formas, em que se manifesta a violência nas relações conjugais, ficam esbatidas nos mesmos comportamentos. O nosso questionário diferencia as várias formas de violência e separa-as para detectar, com mais clareza, a sua presença e mostra acções

concretas que se apresentam através de uma escala que indica a frequência das mesmas.

### **6.1.1- A Fidelidade e Validade do Inquérito por questionário**

A fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de um instrumento de medida. Segundo Fortin (2003:225), “a fidelidade é uma condição prévia à validade, isto é, se um instrumento de medida não dá scores ou valores constantes de uma vez para a outra, não pode ser útil para atingir o objectivo proposto”. Contudo, a fidelidade não é uma condição suficiente para atingir a validade, pois um instrumento pode medir um fenómeno de forma constante e não ser válido. Ou seja, a fidelidade da recolha de dados resume-se à “sua capacidade de fornecer resultados semelhantes sob condições constantes em qualquer ocasião” (Bell, 1997:87). Isto é, consiste em assegurar que os resultados representem algo real e inequívoco.

O grau de fidelidade do questionário aponta para a consistência interna das perguntas que o constituem.

A avaliação do questionário utilizado nesta investigação foi efectuada através do coeficiente ALPHA de CRONBACH que mede a capacidade explicativa de uma determinada variável ou factor pelas perguntas que o compõem, ou seja, permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede, de forma equivalente, o mesmo conceito.

Esta técnica é a mais utilizada “para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores, como na escala de Likert” (Fortin, 2003: 227).

Quando o valor de ALPHA de CRONBACH é superior a 0,70, é lícito afirmar que as variáveis, em causa, são bem explicadas pelas perguntas consideradas, dado que a probabilidade do erro é apenas de 30%.

A análise foi efectuada num conjunto de 24 perguntas para um total de cinco variáveis (Maus-tratos físicos, económicos, sexuais, psicológicos/psíquicos e síndrome de Munchausen), na qual foi obtido um ALPHA de CRONBACH de 0,9250, valor bastante positivo. Podemos então afirmar que as perguntas em causa explicam bem as variáveis consideradas.

A validade, por sua vez, não se aplica a todos os métodos de recolha de dados. Um questionário, que tem, como objectivo, recolher informações perante sujeitos, necessita que se verifique a sua validade junto de peritos (Fortin, 2003).

A Validade do questionário “mede ou descreve o que supostamente deve medir ou descrever” (Bell, 1997:88). Ou seja, a validade do questionário refere-se ao facto de o teste medir o que se pretende medir.

Para a sua construção, foram revistos trabalhos similares, entre outros, a “Escala de severidad de violencia contra las mujeres” (Marshall, 1992), “Enquete nacional sur les violences envers les femmes en France” (ENVEFF 2000), “Violência contra las mujeres” (Instituto de la Mujer, 2000), relacionados com o nosso estudo.

Para determinar a validade deste instrumento, Andres Soriano, na sua investigação, submeteu-o a uma avaliação de profissionais que trabalham no âmbito da violência de géneros e, ainda, a peritos universitários que trabalham a violência nas relações conjugais.

O autor, após a revisão e avaliação dos vários itens e com o objectivo de aumentar a sua qualidade técnica, realizou um estudo piloto com um grupo de alunos em contexto escolar. As respostas confirmaram a estrutura do questionário de partida que, finalmente, foi utilizado como definitivo. Os seus itens expõem a violência numa tripla perspectiva: a psicológica, onde se pretende o domínio do outro, através da desvalorização e implementação de hábitos de submissão; a sexual em que assume relevo o carácter sexual da violência que procura o controlo e a utilização do corpo do cônjuge; e, por último, a física onde se mostra como o mecanismo de agressão física trata de impor o domínio através da força.

Tendo em conta a realidade portuguesa e um grupo alvo diferente, constituído por pessoas idosas, houve necessidade de traduzir e validar o questionário. Este foi validado pelos seguintes professores universitários:

- João Paulo Ferreira Delgado, Professor do Departamento de Ciências da Educação e do Património, da Universidade Portucalense.
- Zaida Azeredo, Professora do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Após a revisão e com o objectivo de aumentar a sua qualidade técnica, foi feito um pré-teste, a uma amostra de indivíduos, não pertencentes ao estudo, de um concelho com características idênticas aos estudados, com o objectivo de identificar perguntas-problemas que justifiquem uma modificação da redacção, alteração do formato ou mesmo serem eliminadas da versão final e ainda avaliar a pertinência das questões e o seu grau de dificuldade.

Após a passagem do pré-teste verificamos que:

- a ordem das questões foi aceitável;
- as respostas às questões não influenciam as respostas às questões seguintes;
- as questões foram compreendidas por todos;
- existiram questões que levaram à não resposta;

Averiguadas as falhas, o questionário foi reformulado. As respostas do pré-teste foram ainda codificadas e analisadas estatisticamente. A análise dessas respostas permitiu verificar, a adequação das perguntas ao problema e ainda a possibilidade de obter as informações pretendidas com este estudo.

## **6.2- A Entrevista**

Para levar a cabo a nossa investigação a nível qualitativo, elegemos a análise de conteúdo como técnica de análise das comunicações. Esta técnica pretende estudar com detalhe a mensagem de uma comunicação escrita, oral ou visual, tendo como objectivo analisar, categorizar e organizar a informação obtida, através dos processos comunicacionais com os entrevistados (Bardin, 2003).

Para Carrión (1995), a análise de conteúdo é uma técnica valiosa para descodificar as formas linguísticas que podem estar sujeitas a sínteses e semânticas de determinados contextos. Bardin (2003) é da mesma opinião afirmando que esta metodologia é um conjunto de técnicas cuja pretensão e objectivo é analisar as comunicações, para o qual utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdos das mensagens.

A análise de conteúdo visa dois objectivos fundamentais: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura.

Estes “dois pólos (...) expressam as linhas de força do seu desenvolvimento histórico e o aperfeiçoamento (...). Metodologicamente confrontam-se ou completam-se duas orientações: a verificação prudente ou a interpretação brilhante” (Idem:29).

Através deste instrumento, trabalhamos as significações (conteúdos) dos dados recolhidos nas entrevistas guiadas ou centradas, aspecto central na análise qualitativa.

É importante salientar que a análise de conteúdo pode ser de dois tipos: a análise de manifesto, que estuda o que aparece de forma explícita na comunicação; a latente, que analisa o que sobressai no conteúdo ou pode ler-se nas entrelinhas. A análise de manifesto limita-se a observar o que o sujeito disse, é, simplesmente, uma transcrição directa da resposta, em função de um código determinado. No entanto, o tipo latente tenta codificar o significado da resposta ou da motivação subjacente da conduta descrita (Fox, 1981). A análise de conteúdo mais adequada para esta investigação é a de tipo latente.

As funções da análise de conteúdo que podem utilizar-se, de forma complementar, são as seguintes:

- Função heurística, cujo objectivo é descobrir aspectos do discurso de modo sistemático e não por simples estimativa.

- Função de comprovação, cujo objectivo é verificar a certeza ou falsidade de determinadas hipóteses, previamente formuladas (Bardin, 2003).

Esta técnica tem como intenção, a inferência de conhecimentos, tendo, como objectivo, inferir sobre o indivíduo em estudo, a partir de índices ou através da associação de vários índices ou indicadores (Ibidem).

A análise de conteúdo, é segundo Bardin (Idem) “o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem”. Ou seja, esta técnica “consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas



gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa certa ordem na confusão inicial” (ibidem).

A leitura efectuada pela análise de conteúdo tem que ser uma leitura de realce, não só pelo que é dito, mas também pelo que se encontra em segundo plano, pretendendo obter “por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Idem:42).

Posto isto, e como se pretende recolher informações diferentes e mais ricas do que as obtidas no questionário, optou-se pela Entrevista guiada ou centrada, designada por História de Vida.

A história de vida constitui uma técnica narrativa de obtenção de informação muito importante que apareceu no mundo das Ciências Sociais em 1920 (Pozo Llorente, 2002).

A história de vida “enquanto material qualitativo, personalizado, reveste-se ou pode revestir-se daquele aspecto de exercício da palavra em liberdade que caracteriza a escrita de um diário íntimo” (Poirier et. al., 1995: 53).

Nesta técnica, pediu-se a cada um dos entrevistados que descrevessem uma parte da sua vida, a sua história pessoal de maus-tratos conjugais, conforme o guião em anexo (ver anexo III). O uso deste instrumento (guião) deve permitir, “uma função de enquadramento (não deixar o narrador sair do campo da pesquisa) e uma função de precisão (pedir informações que o narrador não fornece espontaneamente)” (Idem:51).

Na elaboração do guião da entrevista, partimos de um conjunto de questões gerais, que iam afunilando para outras mais específicas, à medida que a entrevistadora ia consolidando a relação com o entrevistado e ia conquistando a sua confiança. O guião, apesar de estruturado, permitiu orientar a entrevistadora, dando-lhe, ao mesmo tempo, a possibilidade de alterar a ordem das perguntas e até colocar outras que tenha achado necessárias para uma melhor compreensão das questões.

Esta técnica foi a utilizada nesta investigação, visto que tem, por finalidade, “explorar uma parte da vida do narrador; está focalizada em

situações vividas, em acontecimentos” (Idem: 51). A existência do guião também permitiu que se recolhessem várias histórias de vida, seguindo o mesmo tipo de questões.

Uma história de vida é a exposição da experiência de vida de uma pessoa ou de um grupo social (Pozo Llorente, 2002). É um relato autobiográfico feito pelo entrevistador, mediante consecutivas entrevistas, com o objectivo de mostrar o testemunho subjectivo de uma pessoa, onde se recolhem os acontecimentos e as valorizações que essa pessoa faz da sua própria vida (Latorre et. al., 1995).

Ao elaborar uma história de vida, não se deseja um relato objectivo dos factos, mas antes, a percepção de como o sujeito os viveu, pretendendo compreender e interpretar os significados que as pessoas atribuíam aos fenómenos sociais. Na história de vida, a pessoa entrevistada relata a sua vida, tendo em conta o seu ponto de vista e a sua própria linguagem. As histórias de vida compreendem toda a história biográfica do indivíduo, no entanto, o problema e os objectivos da investigação condicionam e fazem aprofundar determinados episódios da sua trajectória de vida. A história de vida ocorre num “contexto espaço – temporal e a tecnologia, a conjuntura e a mentalidade vigentes acabam por constranger, marcar ou influenciar de modo semelhante toda uma geração de determinado contexto” (Vieira, 1999: 50).

É importante referir que o texto recolhido, através da palavra do narrador, não deve ser separado de um conjunto de intervenções expressivas, para além das palavras (Poirier et. al., 1995). É, por isso, importante que o entrevistador esteja atento a todos os comportamentos do entrevistado. Os gestos interactivos e os silêncios existem em qualquer conversa e reforçam a linguagem verbal.

As entrevistas duraram entre duas e quatro horas de gravação. Em qualquer dos casos, houve repetição da entrevista, para estimular o orador a continuar e também para controlar a própria informação (Poirier, 1995). Estas foram realizadas, individualmente, apenas a um dos elementos do casal, situados nas diferentes freguesias rurais e urbanas dos concelhos estudados e nos diferentes meios culturais, religiosas, económicas e sociais. Estas, ao serem feitas na ausência do cônjuge, permitiram uma maior visibilidade da frequência e da intensidade dos maus-tratos.

Para a recolha do material, foi utilizado o gravador, com uma cassete de média duração (45 minutos por face).

No decorrer da investigação só conseguimos o relato biográfico de mulheres, visto estas verem no entrevistador alguém em quem podiam confiar e, ainda, um escape para desabafar toda a sua vida de sofrimento. Por seu lado, o homem, detentor do poder no sistema familiar, onde os seus papéis são definidos tradicionalmente face a vivências conservadoras, não admite directamente que sofre ou sofreu de maus tratos por parte da sua esposa, por isso não entende o porquê de relatar as suas histórias de vida. É importante referir que, para o homem, é uma vergonha assumir que alguma vez foi maltratado pela sua esposa, por razões culturais, sociais e religiosas, onde o homem foi sempre o mais forte. Apontamos esta como a única dificuldade na nossa investigação.

## **7- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS RECOLHIDOS**

Podemos apresentar os dados recolhidos de vários modos: figuras ou gráficos (para os dados qualitativos) e matrizes ou quadros (para os dados qualitativos e quantitativos) (Lerrard – Hébert et. al., 1994: 119). Porém, não nos podemos esquecer que após a sua apresentação, é necessário analisá-los.

Relativamente ao tratamento dos dados, recorreremos à análise estatística e à análise de conteúdo.

### **7.1- Análise Estatística**

No tratamento e análise dos dados quantitativos, utilizaremos a estatística descritiva para narrar, organizar e resumir os dados recolhidos. Para o efeito, utilizaremos o programa estatístico SPSS versão 12.0, com o qual será elaborada uma base de dados, tendo em conta todas as questões do inquérito por questionário. Na base de dados elaborada, além da caracterização sócio-demográfica da população, em estudo, evidenciamos

cada um dos cinco tipos de maus-tratos existentes e criamos uma nova variável, designada de maus-tratos, que agrupa os cinco tipos de maus-tratos, em cada sujeito da investigação. Posto isto, seguiremos quatro fases fundamentais.

Numa primeira fase, faremos o estudo a cada variável,<sup>17</sup> de forma isolada, e descreveremos os resultados, utilizando para o efeito quadros e alguns gráficos.

Numa segunda fase, daremos ênfase ao cruzamento de variáveis, para assim podermos descrever e agrupar as variáveis correspondentes a cada tipo de maus-tratos identificados (físicos, psicológicos, económicos, sexuais e síndrome de munchausen). Esta metodologia permitir-nos-á observar a relação entre fenómenos que não eram visíveis de outra forma.

Para o efeito e dado o carácter descritivo, exploratório e explicativo dos dados, utilizaremos técnicas de processamento da informação a nível descritivo, tais como: Média<sup>18</sup> e desvio padrão<sup>19</sup>.

Numa terceira fase, e tendo como objectivo obter dados que nos facilitem comprovar as hipóteses levantadas, faremos um estudo de relação de causa-efeito entre variáveis, através do método de regressão linear simples e ainda um estudo de associação, através do método de correlação, tendo, como objectivo, descrever o grau de associação entre as variáveis.

O método de correlação linear é uma medida de associação linear entre variáveis. Nesta investigação, vamos medir a relação entre duas variáveis. Esta medida toma valores entre -1 e +1. Quando se mede a correlação entre variáveis, 0 +1 significa uma relação linear positiva, enquanto que o -1 é uma relação linear negativa. Valores próximo de zero indicam uma associação pobre entre as duas variáveis.

---

<sup>17</sup> As variáveis reportam-se às características ou propriedades de uma determinada população que pode ser quantificado ou precisado rigorosamente. O investigador tem como objectivo comprovar se existem efeitos provocados pelas variáveis independentes (aquelas cujas modificações se supõem poder produzir uma modificação num dado comportamento observável) sobre as variáveis dependentes (são aqueles que dependem de algum factor), podendo confirmar ou não as hipóteses definidas (Reis, 2008).

<sup>18</sup> É a medida de tendência central mais utilizada. É a soma de todos os valores observados dividida pelo número de observações.

<sup>19</sup> É a medida de dispersão mais utilizada. O desvio-padrão define-se como a raiz quadrada da variância.

Na regressão linear simples, só é possível “estabelecer uma relação entre esta e uma outra variável cujo comportamento se conhece” (Reis, 2008:163). Para que seja possível fazer-se previsões sobre uma variável, a partir de outra, é necessário que exista uma relação de causa-efeito entre as duas.

Na quarta fase, procuraremos tirar conclusões dos resultados encontrados, indo do particular para o geral.

Assim, elaboramos algumas associações estatísticas que serão tratadas com a ajuda do programa estatístico (SPSS, 12.0) que nos ajudará a cruzar e a associar as variáveis em causa:

1 - Existe associação estatística entre os sujeitos que sofrem de maus-tratos sexuais com os que sofrem de maus-tratos físicos.

Variáveis: Maus-tratos sexuais e maus-tratos físicos

2 - Existe associação estatística entre os sujeitos que sofrem de maus-tratos económicos e os que sofrem de maus-tratos físicos e sexuais.

Variáveis: Maus-tratos económicos e maus-tratos físicos e sexuais;

3 - Existe associação estatística entre os sujeitos que sofrem de Síndrome de Munchaussem e maus-tratos físicos, sexuais e económicos.

Variáveis: Síndrome de Munchaussem e maus-tratos físicos, sexuais e económicos;

4 - Existe associação entre os maus-tratos económicos com os maus-tratos físicos, sexuais, síndrome de Munchaussem e maus-tratos psicológicos.

Variáveis: Maus-tratos económicos e maus-tratos físicos, sexuais, síndrome de Munchaussem e maus-tratos psicológicos;

5 - Existe associação entre “Pensa que, na actualidade, está a ser maltratado.” com maus-tratos económicos, físicos, sexuais, síndrome de munchaussem e psicológicos;

Variáveis: “Pensa que, na actualidade está a ser maltratado” e maus-tratos económicos, físicos, sexuais, síndrome de Munchaussem e psicológicos;

6 - Existe associação entre “Pensa ter sido maltratado no passado.” com “Pensa que, na actualidade, está a ser maltratado.”

Variáveis: “Pensa ter sido maltratado no passado” e “Pensa que na actualidade está a ser maltratado”;

7 - Existe relação entre sexo (causa) e os maus-tratos (efeito).

Variáveis: Sexo e maus-tratos;

8 - Existe relação entre escolaridade (causa) e os maus-tratos (efeito).

Variáveis: Escolaridade e maus-tratos;

9 - Existe relação entre as formas de convivência (causa) e os maus-tratos (efeito).

Variáveis: Formas de Convivência e os maus-tratos;

10 - Existe relação entre Crença religiosa (causa) e os maus-tratos (efeito).

Variáveis: Crença Religiosa e os maus-tratos;

11- Existe relação entre Idade do inquirido (causa) e os maus-tratos (efeito)?

Variáveis: Idade e maus-tratos;

12- Existe relação entre escolaridade do cônjuge (causa) e os maus-tratos (efeito).

Variáveis: Escolaridade do cônjuge e maus-tratos;

Após serem trabalhados os dados quantitativos, iremos proceder à análise, interpretação e descrição das histórias de vida, utilizando para o efeito a análise de conteúdo. Os resultados serão apresentados de acordo com o guião utilizado para o efeito.

No final, serão elaboradas conclusões, tendo em conta todos os dados obtidos.

## 8- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

### 8.1- Caracterização dos Concelhos de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra

Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra são dois concelhos pertencentes ao Distrito de Aveiro. Actualmente, fazem parte do agrupamento de Concelhos de Entre Douro e Vouga, no qual ainda se integram os Concelhos de Arouca, São João da Madeira e Santa Maria da Feira.

#### 8.1.1- Caracterização do Concelho de Oliveira de Azeméis

##### 8.1.1.1- Localização Geográfica

Fig. 4 – Mapa do Concelho de Oliveira de Azeméis



Fonte: Diagnóstico social da Rede Social de Oliveira de Azeméis (2006)

Oliveira de Azeméis situa-se a norte de Portugal, distando, aproximadamente, 35 km da sede do distrito, a cidade de Aveiro, e 40 km da cidade do Porto, tendo uma área de 163,4 Km<sup>2</sup>. É limitado, a norte, pelos municípios de São João da Madeira e Santa Maria da Feira, a Sul pelo município de Albergaria-a-Velha e Sever do Vouga, a Este pelo município de Vale de Cambra, a Oeste pelo município de Ovar, a sudoeste pelo município de Estarreja e a Nordeste pelo município de Arouca.

Este concelho impõe-se na região e no distrito pela sua privilegiada situação geográfica servida por uma numerosa rede de vias de comunicação. O concelho é atravessado pela IC2 e pela Via do Nordeste. A ponte, e muito perto da freguesia de Loureiro, passa a A1 e a A29. Este concelho é ainda servido pela linha-férrea do Vale do Vouga, que atravessa as freguesias do Pinheiro da Bemposta, Travanca, Macinhata da Seixa, UI, Oliveira de Azeméis, Santiago de Riba UI e Cucujães.

As ligações rodoviárias de transporte de passageiros são, maioritariamente, com o Porto. Há ainda autocarros regulares para Vale de Cambra, S. João da Madeira, Santa Maria da Feira, Aveiro, Arouca e Ovar.

O Município está dividido, administrativamente, em dezanove freguesias, tendo uma cidade, oito vilas e 10 aldeias respectivamente: Oliveira de Azeméis, São Roque, Nogueira do Cravo, Fajões, Cesar, Carregosa, Macieira de Sarnes, Madail, UI, Santiago de Riba-UI, Cucujães, São Martinho da Gandara, Loureiro, Pinheiro da Bemposta, Palmaz, Travanca, Ossela, Pindelo e Macinhata da Seixa.

No que respeita às vias rodoviárias, existem algumas lacunas, principalmente no que diz respeito às ligações de algumas freguesias. No entanto, este é um problema reconhecido e inscrito no Plano Director Municipal que tem vindo a ser melhorado, nomeadamente com a construção de alguns troços da via do Nordeste (Rede Social, 2006).



### 8.1.1.2- Estrutura Demográfica

O concelho caracteriza-se por ter um crescimento populacional positivo, passando de 23734 registados, em 1878, para 70721, em 2001. Destes 70721, 34683 são homens e 36038 são mulheres (Rede Social, 2003).

Analisando os dados dos Censos, entre 1981 e 2001, a população residente no Concelho de Oliveira de Azeméis registou um crescimento: em 1981 contabilizava 62 821 indivíduos, em 1991 registava 66 846 (mais 4025) e, em 2001, registou mais 3875 habitantes, contabilizando 70 721. Embora o crescimento populacional seja uma constante, ao longo das últimas décadas, este nem sempre teve o mesmo ritmo, denotando-se uma atenuação do ritmo de crescimento no último período censitário (INE, 2001).

**Quadro 32 – População Residente no Concelho de Oliveira de Azeméis**

| Concelhos           | Freguesias | Densidade Populacional | Área Km2 | Total            |                  | Homens |        | Mulheres |        |
|---------------------|------------|------------------------|----------|------------------|------------------|--------|--------|----------|--------|
|                     |            |                        |          | Pop. Resid. 1991 | Pop. Resid. 2001 | 1991   | 2001   | 1991     | 2001   |
| Oliveira de Azeméis | 19         | 428,4                  | 163,5    | 66,846           | 70,721           | 32,739 | 34,683 | 34,107   | 36,038 |

Fonte: INE (Censos, 1991-2001)

Fazendo uma análise comparativa dos dados do recenseamento de 1991 com os de 2001, podemos verificar que Oliveira de Azeméis registou um aumento populacional de 5.8%, semelhante ao aumento registado no território nacional que foi de 5% (INE, 2001).

Analisando os dados do quadro 33 da distribuição da população, por freguesia, constata-se que foi a sede do concelho que registou o maior crescimento, seguindo-se a freguesia de Cesar com mais 549 habitantes e a de Santiago de Riba-UI, que contabiliza mais 542 habitantes.

O crescimento mais significativo é o da freguesia de Oliveira de Azeméis que, ao contrário do que acontecia em 1991, se torna a freguesia mais populosa do concelho.

Inversamente aparece a freguesia de Cucujães, que apresenta um crescimento negativo de menos 36 habitantes, a de Palmaz, com menos 3 residentes e, por fim, a freguesia de UI, que tem menos 24 habitantes que em 1991.

É de salientar que, destas três freguesias, UI fica muito próximo da cidade de Oliveira de Azeméis, Cucujães da cidade de S. João da Madeira, Ovar e Santa Maria da Feira e Palmaz é uma das freguesias do interior do concelho, onde as redes viárias e rodoviárias são deficitárias, situando-se próximo do concelho de Sever do Vouga. Estes dados, de alguma forma, levam-nos a concluir a existência de uma migração das populações para os sítios onde os recursos são mais acessíveis e mais abundantes.

**Quadro 33** – Efectivo Populacional residente em Oliveira de Azeméis, por freguesia e respectiva variação entre 1991-2001.

| Freguesias              | População Residente |       | Variação da população residente |                            |
|-------------------------|---------------------|-------|---------------------------------|----------------------------|
|                         | 1991                | 2001  | 1991-2001                       | Taxa Crescimento 1991-2001 |
| Oliveira de Azeméis     | 9679                | 11168 | 1489                            | 15.38%                     |
| São Roque               | 5156                | 5480  | 324                             | 6.28%                      |
| Nogueira do Cravo       | 2681                | 2852  | 171                             | 6.37%                      |
| Fajões                  | 3112                | 3180  | 68                              | 2.18%                      |
| Cesar                   | 2739                | 3288  | 549                             | 20%                        |
| Carregosa               | 3544                | 3552  | 8                               | 0.22%                      |
| Macieira de Sarnes      | 2193                | 2214  | 21                              | 0.95%                      |
| Madail                  | 804                 | 884   | 80                              | 9.95%                      |
| UI                      | 2856                | 2832  | - 24                            | 0.84%                      |
| Santiago de Riba-UI     | 3585                | 4127  | 542                             | 15.11%                     |
| Cucujães                | 11130               | 11094 | - 36                            | - 0.32%                    |
| São Martinho da Gândara | 2237                | 2289  | 52                              | 2.32%                      |
| Loureiro                | 3376                | 3491  | 115                             | 3.40%                      |
| Pinheiro da Bemposta    | 3432                | 3621  | 189                             | 5.50%                      |
| Palmaz                  | 2133                | 2130  | - 3                             | - 0.14%                    |
| Travanca                | 1818                | 1778  | 40                              | 2.20%                      |
| Ossela                  | 2359                | 2538  | 179                             | 7.58%                      |
| Pindelo                 | 2569                | 2758  | 189                             | 7.35%                      |
| Macinhata da Seixa      | 1443                | 1446  | 3                               | 0.20%                      |

Fonte: INE (Censos, 2001)

**Quadro 34** – População Residente, no concelho de Oliveira de Azeméis, segundo sexo e classe etária

| O. AZEMÉIS                 | 1991  |       | 2001  |       |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                            | N     | %     | N     | %     |
| <b>População Residente</b> | 66846 | 100   | 70721 | 100   |
| <b>Homens</b>              | 32739 | 48.9  | 34683 | 49    |
| <b>Mulheres</b>            | 34107 | 51.02 | 36038 | 50.95 |
| <b>0-9 anos</b>            | 5675  | 8.49  | 3885  | 5.81  |
| <b>10-19 anos</b>          | 6041  | 9.03  | 4005  | 5.99  |
| <b>20-29 anos</b>          | 6185  | 9.25  | 4308  | 6.44  |
| <b>30-39 anos</b>          | 6282  | 9.39  | 4933  | 7.37  |
| <b>40-49 anos</b>          | 5652  | 8.45  | 5424  | 8.11  |
| <b>50-59 anos</b>          | 4759  | 7.11  | 5864  | 8.77  |
| <b>60-69 anos</b>          | 4262  | 6.37  | 5642  | 8.44  |
| <b>70-79 anos</b>          | 3533  | 5.28  | 5872  | 8.78  |
| <b>80-89 anos</b>          | 3443  | 5.15  | 5441  | 8.13  |
| <b>90 ou + anos</b>        | 3453  | 5.16  | 4653  | 6.96  |

Fonte: INE (Censos, 2001)

Observando o quadro 34, constata-se que o Concelho de Oliveira de Azeméis é constituído por uma população jovem, sendo que a parcela dos indivíduos até aos 64 anos, constitui 54,9% da população.

Analisando a evolução da estrutura da população residente no concelho, denota-se ainda o aumento da proporção de habitantes com idades, entre os 25 e os 64 anos, correspondendo, em 2001, a 54.9% da população residente. Por outro lado, verifica-se uma diminuição da população mais jovem e das crianças. Em 1991, as crianças dos 0-14 anos correspondiam a 21.7% da população, passando para 17.2%, em 2001.

No que concerne à distribuição da população residente, segundo o sexo, por grupos etários, consideramos que esta é relativamente equilibrada, ainda que se verifique que o número de efectivos do sexo feminino aumente, sobretudo, a partir do grupo etário dos 55 aos 59 anos. Em contrapartida, o número de homens é superior entre a população mais jovem.

Pelos dados dos Censos, podemos ainda constatar que as mulheres têm tendência para ter uma longevidade maior do que a dos homens.

**Quadro 35 – Índice de envelhecimento da população**

| População Residente      | Concelho de Oliveira de Azeméis |        |       |        |
|--------------------------|---------------------------------|--------|-------|--------|
|                          | 1991                            | %      | 2001  | %      |
| Pop. 0-14 Anos           | 14520                           | 21,72% | 12198 | 17,24% |
| Pop. 15-64 Anos          | 45305                           | 67,77% | 49197 | 71,56% |
| Pop. 65 E +              | 7021                            | 10,50% | 9329  | 13,18% |
| Índice de envelhecimento |                                 | 48,35% |       | 76,47% |
| Rácio de Dependência     |                                 | 47,55% |       | 43,75% |

$$\frac{\text{Índice de Envelhecimento}}{\text{0 - 14 Anos}} = \frac{\text{65 e + anos}}{\text{0 - 14 Anos}} * 100$$

$$\frac{\text{Rácio de Dependência}}{\text{15 aos 64 anos}} = \frac{(\text{0 aos 14 anos}) + (\text{65 e + anos})}{\text{15 aos 64 anos}} * 100$$

**Fonte:** INE (Censos, 1991/2001)

Ao analisar os dados do quadro 35, verifica-se que a proporção dos idosos sobre a população total não tem uma tradução significativa no concelho, embora seja visível um aumento gradual à medida que se vai observando a evolução dos grupos etários mais jovens. É assim previsível uma tendência progressiva para o envelhecimento da população do concelho de Oliveira de Azeméis. Em 2001, o peso da proporção de idosos sobre o total da população era de 13.1% havendo um aumento de quase 3% em relação a 1991.

Ainda em 2001, o índice de envelhecimento da população era de 76,47, isto é, existiam cerca de 76 idosos por cada 100 jovens, o que aponta para uma população envelhecida.

Em Oliveira de Azeméis, existe um **INSTITUTO DE CULTURA E COOPERAÇÃO INTERGERACIONAL**, que tem, como objectivo, promover actividades para apoiar a população idosa do concelho. Este Instituto corresponde à Universidade Sénior de Oliveira de Azeméis, que aprovou os seus estatutos e regulamento interno, no dia 7 de Novembro de 2003.

O regulamento da Universidade Sénior deste concelho determina que esta Instituição tem como objectivos:

- Motivar os associados a participarem na vida da instituição;
- Promover e realizar actividades culturais, recreativas e sociais;
- Incentivar iniciativas de convívio e de lazer e acções de âmbito social;
- Promover a integração social e comunitária dos associados.

Embora ainda não tenha a sua estrutura curricular determinada, a Comissão Instaladora desta instituição apresenta um rol de disciplinas, abrangendo áreas tão diversificadas como:

- Língua e Literatura Portuguesa; Noções de Direito e Justiça; Língua e Literatura Francesa; Noções de Ambiente e Qualidade; Língua e Literatura Inglesa; Noções de Ética e Moral; História de Portugal; Desporto sénior; História Universal; Coleccionismo; História do Concelho; Informática; História das Religiões; Fotografia, Rádio e Jornalismo; Ciências Sócio-Políticas; Geografia; Medicinas Naturais; Sociologia.

**Quadro 36 – Caracterização das famílias do concelho de Oliveira de Azeméis**

| Freguesia              | Famílias     |                | Núcleo Familiar |
|------------------------|--------------|----------------|-----------------|
|                        | Clássicas    | Institucionais |                 |
| Carregosa              | 1221         | ---            | 1102            |
| Cesar                  | 1091         | 1              | 1014            |
| Cucujães               | 3548         | 6              | 3480            |
| Fajões                 | 998          | ---            | 953             |
| Loureiro               | 1081         | ---            | 1059            |
| Macieira de Sarnes     | 707          | ---            | 681             |
| Macinhata da Seixa     | 448          | ---            | 438             |
| Madaíl                 | 305          | ---            | 275             |
| Nogueira do Cravo      | 923          | ---            | 874             |
| Oliveira de Azeméis    | 3718         | 3              | 3377            |
| Ossela                 | 805          | ---            | 760             |
| Palmaz                 | 670          | ---            | 664             |
| Pindelo                | 907          | ---            | 848             |
| Pinheiro da Bemposta   | 1125         | ---            | 1091            |
| Santiago de Riba-UI    | 1394         | ---            | 1307            |
| S. Martinho da Gândara | 707          | ---            | 694             |
| S. Roque               | 1767         | 1              | 1686            |
| Travanca               | 540          | ---            | 542             |
| UI                     | 887          | ---            | 881             |
| <b>Total</b>           | <b>22842</b> | <b>11</b>      | <b>21726</b>    |

Fonte: INE (Censos 2001)

Pela análise dos dados do quadro 36, que se reportam aos Censos de 2001, verificamos que relativamente à caracterização das famílias, o Concelho de Oliveira de Azeméis tem 22 842 famílias clássicas, 11 famílias institucionais e 21 726 núcleos familiares.

Oliveira de Azeméis, Cucujães e S. Roque, são as freguesias que mais se destacam no número de famílias clássicas, sendo também as freguesias com maior número de núcleos familiares.

**Quadro 37 – Composição do agregado familiar**

| Composição do Agregado Familiar | Escalaões Etários            |                               |                            |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
|                                 | Pessoas com menos de 15 anos | Pessoas entre os 15 e 64 anos | Pessoas com 65 e mais anos |
| Nenhuma Pessoa                  | 14120                        | 2892                          | 16426                      |
| 1 Pessoa                        | 5726                         | 2529                          | 3793                       |
| 2 Pessoas                       | 2613                         | 9598                          | 2528                       |
| 3 e + Pessoas                   | 383                          | 7823                          | 95                         |
| <b>Total</b>                    | <b>22842</b>                 | <b>22842</b>                  | <b>22842</b>               |

Fonte: INE (Recenseamento geral da População e Habitação, 2001)

Quanto à composição do agregado familiar, é de salientar que, no último Recenseamento (2001) o Concelho de Oliveira de Azeméis apresentava um registo, mais acentuado, de famílias com pessoas menores de 15 anos (8722) do que famílias constituídas por pessoas de 65 e mais anos (6416).

Em 2001, cerca de 25,06% (5726) das famílias clássicas residentes no Concelho (22842) apresentavam, pelo menos, um jovem menor de 15 anos. Cerca de 1,6% das famílias continham, no seu agregado familiar, 3 e mais pessoas menores de 15 anos.

Comparativamente a estes, a presença de idosos (65 e mais anos) na composição das famílias, assume uma percentagem ligeiramente superior (28,08%).

### **8.1.1.3- Indicadores Estatísticos do Emprego**

Até há pouco tempo, Oliveira de Azeméis era um concelho predominantemente rural. As suas 19 freguesias tinham a agricultura como a sua principal actividade.

Actualmente, o processo de industrialização está numa fase adiantada de solidificação e a agricultura vai perdendo a sua predominância.



O concelho é, fortemente, industrializado, concentrando a actividade principalmente, nos sectores do calçado (48% da indústria transformadora), metalurgia e metalomecânica (26% - com especial destaque para os moldes para a indústria de plástico), plástico (11% -em especial componentes para a indústria automóvel), agro-alimentar (lacticínios), descasque de arroz, colchões, confecções, cobres e loiças metálicas (Rede Social, 2003).

A estrutura empresarial é muito diversificada, sendo constituída, essencialmente, por micro-empresas (empresas com menos de 10 trabalhadores), mas, albergando, na sua área geográfica, 5 grandes empresas (com 250 ou mais trabalhadores).

O tecido industrial é caracterizado, sobretudo, por indústrias transformadoras (17% do tecido empresarial), sendo o concelho do distrito de Aveiro com maior número de indústrias, deste tipo.

Oliveira de Azeméis é a segunda região mais exportadora, para a União Europeia, na região Entre Douro e Vouga, mobilizando mais de 150 empresas. No que diz respeito às exportações extra-comunidade, o concelho aparece em 10º lugar na Região Norte.

O comércio por grosso, a retalho, restauração e hotéis aparecem como a segunda actividade que concentra o maior número de empresas. O comércio está concentrado no perímetro urbano da cidade, envolvendo, praticamente, todos os ramos de actividade. Nas freguesias, a actividade comercial é, sobretudo, ao nível de pequenas lojas de géneros alimentares e de primeira necessidade, a cafés e pequenos restaurantes.

Ao sector secundário segue o sector dos serviços, que nos aparece como o segundo sector com mais empregados (31% dos trabalhadores).

Verifica-se que no Concelho de Oliveira de Azeméis, existem 104 Instituições da Administração Pública e 225 Organismos de Serviços Prestados à Comunidade (Ibidem).

### 8.1.1.3.1- População e Emprego

De acordo com os dados disponibilizados pelos censos de 2001, Oliveira de Azeméis, em 2001, registava uma taxa de desemprego de 3,9%, 1,8% superior àquela que era registada em 1991, (2,1%).

**Quadro 38** – População residente, com 15 e mais anos, segundo a condição perante a actividade económica

| Condições perante a actividade económica |   | Homens       | %    | Mulheres     | %    | Total        |
|--|---|--------------|------|--------------|------|--------------|
| População com actividade económica       |   | 20486        | 55,6 | 16396        | 44,4 | 36882        |
| População sem actividade económica       | Estudantes                              | 1858         | 23,3 | 2190         | 16   | 4048         |
|  | Domésticas                              | 28           | 0,4  | 3927         | 28,7 | 3955         |
|  | Reformados                              | 4423         | 55,4 | 5826         | 42,7 | 10249        |
|  | Incapacitados permanentes p/ o trabalho | 753          | 9,4  | 902          | 6,6  | 1655         |
|  | Outros                                  | 920          | 11,5 | 814          | 6    | 1734         |
|  | <b>Total</b>                            | 7982         | 100  | 13659        | 100  | 21641        |
| <b>Total</b>                             |   | <b>28468</b> |      | <b>30055</b> |      | <b>58523</b> |

Fonte: INE (Censos, 2001)

Se analisarmos o quadro 38, constatamos que, dos 58 523 indivíduos com mais de 15 anos, 36 882 têm uma actividade e 21 641 não exercem qualquer tipo de actividade, isto é, só 63% da população com mais de 15 anos é que exerce uma actividade económica (INE, 2001).

O cruzamento das variáveis “condição perante a actividade económica” e “sexo” explica que o número de mulheres, sem actividade económica, é

bastante maior do que o número de homens. As mulheres inactivas são em maior número no grupo dos estudantes e domésticas.

Temos ainda de salientar o número de reformados que representam, praticamente, metade da população inactiva. Num total de 21 641 efectivos, 10 249 são reformados.

Mais uma vez, surge a problemática do envelhecimento da população, na medida em que se assiste a uma tendência, cada vez mais crescente, de agravamento do equilíbrio entre a população jovem e o efectivo populacional com mais de 65 anos.

**Quadro 39** – Emprego por actividade económica

| Sectores   | %  |
|------------|----|
| Primário   | 1  |
| Secundário | 68 |
| Terciário  | 31 |

**Fonte:** Gabinete de Apoio ao empresário – Câmara Municipal Oliveira Azeméis

Como se pode verificar pela análise do quadro 39, o sector secundário é o maior empregador, com 68% dos trabalhadores, seguido do sector terciário, com 31% e o sector primário, que conta apenas com 1%.

**Quadro 40** – População empregada, desempregada, taxas de actividade e de desemprego, em 1991/2001

|             | População activa |       |       | Desempregada |     |     |                  |    |     |                   |     |     | Taxa de actividade |      |      | Taxa de desemprego |     |     |
|-------------|------------------|-------|-------|--------------|-----|-----|------------------|----|-----|-------------------|-----|-----|--------------------|------|------|--------------------|-----|-----|
|             |                  |       |       | Total        |     |     | Proc. 1º Emprego |    |     | Procura novo emp. |     |     |                    |      |      |                    |     |     |
|             | HM               | H     | M     | HM           | H   | M   | HM               | H  | M   | HM                | H   | M   | HM                 | H    | M    | HM                 | H   | M   |
| <b>1991</b> | 33260            | 19061 | 14199 | 725          | 322 | 403 | 203              | 73 | 130 | 522               | 249 | 273 | 50,8               | 59,2 | 42,8 | 2,1                | 1,7 | 2,8 |
| <b>2001</b> | 36882            | 20486 | 16396 | 1424         | 598 | 826 | 300              | 94 | 206 | 1124              | 504 | 620 | 52,2               | 59,1 | 45,5 | 3,9                | 2,9 | 5,0 |

**Fonte:** INE, Recenseamento Geral da População e da Habitação (2001)

Relativamente à taxa de desemprego, no concelho de Oliveira de Azeméis, tal como tem vindo a ser tendência generalizada em Portugal,

registou-se um aumento nos últimos anos, sendo que, de 2,1, em 1991, subiu para 3,9, em 2001. Dos 1424 desempregados em 2001, 1124 estavam à procura de novo emprego, correspondendo a 79% deste grupo de indivíduos. Em 1991, 72% dos desempregados também já tinham tido um emprego. Facto interessante verifica-se, quando atendemos ao sexo, sendo que 58% dos desempregados são mulheres, em 2001. Em 1991, o mesmo se passava, pois 55% dos desempregados eram do sexo feminino o que, mais uma vez, acompanhava a tendência nacional.

**Quadro 41** – População desempregada, no concelho de Oliveira de Azeméis, por classe etária

|                     | População Desempregada |
|---------------------|------------------------|
| <25 Anos            | 228                    |
| 25-34 Anos          | 267                    |
| 35-54 Anos          | 668                    |
| 55 Anos e mais anos | 471                    |
| Total               | 1634                   |

Fonte: IEFP (02/2008)

Verificamos que a população desempregada, no concelho, é de 1634 indivíduos e encontra-se, sobretudo, nos grupos etários dos 35 e os 54 anos, seguido do grupo com 55 anos ou mais.

**Quadro 42** – População desempregada, no concelho de Oliveira de Azeméis, segundo o nível de escolaridade

|              | População Desempregada |
|--------------|------------------------|
| <1º Ciclo EB | 105                    |
| 1º Ciclo     | 679                    |
| 2º Ciclo EB  | 298                    |
| 3º Ciclo EB  | 189                    |
| Secundário   | 215                    |
| Superior     | 148                    |
| Total        | 1634                   |

**Fonte:** IEFP, 02/2008

Ao analisarmos o quadro 42, verificamos que a população desempregada, que apresenta números mais elevados, só tem o 1º Ciclo, com 679 indivíduos, seguido do 2º Ciclo, com 298 indivíduos, o que nos leva a verificar a existência de uma relação directa com a idade, que, como já vimos, situa o desemprego na classe etária, entre os 35-64 anos.

#### **8.1.1.4- Indicadores Estatísticos da Educação**

O analfabetismo é um dos indicadores de grande importância na análise da realidade sócio-educativa de uma região, sendo um sintoma do nível cultural das populações. Este conceito, mais do que o saber ler e escrever, tem também implicações importantes na forma como nos relacionamos e construímos a sociedade (Carta Educativa, 2007).

**Quadro 43** – População residente em Oliveira de Azeméis, segundo o nível de instrução

| Níveis de Ensino      | Homem        |            | Mulheres     |            | Total        |            |
|-----------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
|                       | N            | %          | N            | %          | N            | %          |
| S/ Nível de Instrução | 3606         | 10,5       | 5217         | 14,5       | 8823         | 12,5       |
| 1º Ciclo              | 13591        | 39,2       | 14160        | 39,3       | 27751        | 39,3       |
| 2º Ciclo              | 6592         | 19         | 6236         | 17,3       | 12828        | 18,1       |
| 3º Ciclo              | 4237         | 12,2       | 3461         | 9,6        | 7698         | 10,9       |
| Secundário            | 4750         | 13,7       | 4402         | 12,2       | 9152         | 12,9       |
| Médio                 | 121          | 0,4        | 101          | 0,3        | 222          | 0,3        |
| Superior              | 1786         | 5          | 2461         | 6,8        | 4247         | 6          |
| <b>Total</b>          | <b>34683</b> | <b>100</b> | <b>36038</b> | <b>100</b> | <b>70721</b> | <b>100</b> |

Fonte: INE (Censos, 2001)

Analisando o quadro, verificamos que a maioria da população, residente em Oliveira de Azeméis, tem como nível de instrução o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguindo-se o 2º Ciclo do Ensino Básico e o Ensino Secundário, com 39,2%, 18,1% e 12,9%, respectivamente.

Se analisarmos os níveis de instrução, pelo sexo, verificamos que os homens têm uma maior percentagem em quase todos os níveis de ensino atingidos. No que diz respeito às mulheres, verificamos dois aspectos antagónicos, que revelam, por um lado, que as mulheres são o grupo de maior número de efectivos, sem qualquer nível de ensino (14,5% não têm qualquer tipo de ensino contra 10,5 % dos Homens) por outro lado, o número de mulheres que têm como nível de instrução o ensino superior, é maior do que o número de homens.

**Quadro 44** – Indivíduos sem escolaridade, residentes em Oliveira de Azeméis, por grupo etário e sexo

| Gp Etários | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | ≥75  |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| HM         | 1,5   | 1,7   | 1,6   | 1,6   | 1,7   | 1,9   | 3,8   | 13,4  | 18,6  | 16    | 36,9 |
| H          | 3,2   | 3,5   | 3,3   | 2,6   | 2,5   | 2,8   | 4,5   | 11,6  | 19    | 14,8  | 29,2 |
| M          | 0,8   | 1     | 1     | 1,2   | 1,3   | 1,5   | 3,6   | 14,2  | 18,4  | 16,4  | 40   |

Fonte: INE (Recenseamento geral da população e habitação, 2001)

A taxa de analfabetismo do nosso país diminuiu, apenas, 2% em 10 anos, passando de 11%, em 1991, para 9%, em 2001 (INE).

Oliveira de Azeméis segue esta tendência, tendo dificuldade em diminuir essa taxa, que passou de 7,1 para 6,8% em 2001 (Ibidem).

Esta dificuldade de redução da taxa de analfabetismo reside, sobretudo, nos grupos mais idosos, em especial, no sexo feminino, que contribuem para esta lenta diminuição.

Mais uma vez, pela análise dos dados, verificamos que, nas classes mais jovens, as mulheres têm mais acesso à escolaridade, contrastando, de forma vincada, com o número de mulheres, sem qualquer nível de ensino, nas idades compreendidas, entre os 25 e os 29 anos e o número de mulheres com 75 ou mais anos.

#### 8.1.1.5- Indicadores Estatísticos da Saúde

Oliveira de Azeméis, ao nível dos indicadores de saúde, apresenta algumas características particulares, segundo o Instituto Nacional de Estatística:

- Em 2004, apresentava uma taxa de natalidade inferior à do país, 8,3% e 10,4%, respectivamente;
- Por sua vez, a taxa de mortalidade era igualmente inferior, registando 7,8%, enquanto que a nível nacional era de 8,3%;

- A taxa de mortalidade infantil é um pouco mais elevada do que ao nível nacional, sendo 5,3% e 5,1%, respectivamente (dados 2003);
- O número de médicos por cada 1000 habitantes, em 2003, era 1, enquanto que a média nacional se situava em 3,3.

Se em relação aos três primeiros indicadores de saúde o concelho de Oliveira de Azeméis não apresenta grandes discrepâncias, o mesmo não se passa ao nível do número de médicos, por habitante, que é claramente inferior. Integrados na sub-região de saúde do centro, estão sedeados, no concelho de Oliveira de Azeméis dois serviços de saúde: o Hospital S. Miguel e o Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis, que abrange 13 Unidades de Saúde: Carregosa, Cesar, Cucujães, Fajões, Loureiro, Nogueira do Cravo, Ossela, Palmaz, Pindelo, Pinheiro da Bemposta, S. Martinho da Gândara, S. Roque e Travanca.

#### **8.1.1.6- Indicadores Estatísticos das IPSS**

O Município de Oliveira de Azeméis contabiliza 28 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS'S), sendo que 10 oferecem serviços de apoio na área da infância, juventude e idosos, simultaneamente, 11 oferecem serviços só vocacionados para crianças e jovens, 5 só para os idosos, uma não tem nenhuma valência e outra centra os seus serviços para a população portadora de deficiência.

No que diz respeito ao Serviço de Apoio Domiciliário, existem no concelho 14 instituições com esta valência, num total de 330 utentes, 303 com acordo típico com a segurança social e 27 sem acordo.

## **8. 2- Caracterização do Concelho de Vale de Cambra**

O Concelho tem uma área de 146,2 Km<sup>2</sup>, situado no Distrito de Aveiro, pertencente ao agrupamento de concelhos entre Douro e Vouga. O Município



de Vale de Cambra é um dos 19 Municípios que integram o Distrito de Aveiro, localizando-se numa zona de transição entre o litoral e o interior.

**Fig 5** – Mapa do concelho de Vale de Cambra



**Fonte:** Diagnóstico da Rede Social (2007)

O concelho está limitado a Norte e a Nordeste pelo Município de Arouca, a sul, pelo Município de Sever do Vouga, a Sudeste pelo Município de Oliveira de Frades, a Este pelo Município de São Pedro do Sul e a Oeste pelo Município de Oliveira de Azeméis. Localiza-se a cerca de 40 Km, a sul da cidade do Porto.

O Município está dividido, administrativamente, em nove freguesias; Arões, Cepelos, Codal, Junqueira, Macieira de Cambra, Rôge, São Pedro de Castelões, Vila Chã e Vila Cova de Perrinho.

S. Pedro de Castelões, Macieira de Cambra, Vila Chã e Codal são o centro nevrálgico do Município, onde se concentra 67% da população residente e onde se inclui a Cidade, na qual reside 30% da população.

### 8.2.1.1- Estrutura Demográfica

No Concelho de Vale de Cambra residem, segundo o Recenseamento de 2001, 24798 indivíduos. Dos concelhos menos populosos, Entre Douro e Vouga, Vale de Cambra foi o concelho que menos população ganhou entre os dois últimos Censos.

**Quadro 45 – População Residente no Concelho de Vale de Cambra**

| Concelhos      | Freguesias | Densidade Populacional | Área Km2 | Total            |                  | Homens |        | Mulheres |        |
|----------------|------------|------------------------|----------|------------------|------------------|--------|--------|----------|--------|
|                |            |                        |          | Pop. Resid. 1991 | Pop. Resid. 2001 | 1991   | 2001   | 1991     | 2001   |
| Vale de Cambra | 9          | 167,2                  | 146.5    | 24,537           | 24,798           | 12,022 | 12,226 | 12,515   | 12,572 |

Fonte: INE (Censos, 1991-2001)

Fazendo uma análise comparativa entre os Recenseamentos de 1991 e 2001, este concelho apresenta um acréscimo de 1,1%. Em 2001, Vale de Cambra apresenta uma população residente de 24798 habitantes, sendo 12226 do sexo masculino e 12572 do sexo feminino.

Analisando os dados do quadro 46 da distribuição da população por freguesias, constata-se que as freguesias de Arões, Cepelos, Junqueira, Rôge e Vila Nova de Perrinho, registaram em 2001 uma taxa de crescimento negativa. Paralelamente e a contrariar esta tendência destaca-se uma taxa de crescimento bastante positiva nas freguesias de Vila Chã, Codal, S, Pedro de Castelões e Macieira de Cambra.

Algumas razões apontadas por decisores políticos locais (Rede Social), que contribuem para a desertificação das Zonas do Interior do Concelho:

- Falta de respostas na área do emprego (apesar de existir uma forte dinâmica empresarial no Concelho, esta concentra-se nas freguesias limítrofes à cidade de Vale de Cambra, nomeadamente: Vila Chã, São Pedro de Castelões; Macieira de Cambra e Codal);
- Falta de incentivos para a fixação de indústrias, no interior do Concelho;

- Elevado índice de Emigração;
- Poucas e fracas acessibilidades, em termos de vias rodoviárias e transportes públicos;
- Política de habitação pouco adequada às necessidades e não facilitadora de fixação de população (existência de imensas zonas agrícolas e de protecção que inviabiliza a construção – PDM);
- Falta de oferta de actividades culturais;
- Falta de equipamentos para os Jovens.

**Quadro 46 – Densidade Populacional por Freguesia (1991/2001)**

| Freguesias             | Área Km2     | População Residente |              | Variação da população residente |                            |
|------------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------------------|----------------------------|
|                        |              | 1991                | 2001         | 1991-2001                       | Taxa Crescimento 1991-2001 |
| Arões                  | 41           | 2202                | 1952         | - 250                           | -11,35%                    |
| Cepelos                | 16,4         | 1759                | 1587         | - 172                           | - 9,78%                    |
| Codal                  | 3,1          | 946                 | 1025         | 79                              | 8,35%                      |
| Junqueira              | 17,5         | 1466                | 1295         | - 171                           | -11,64%                    |
| Macieira de Cambra     | 18,2         | 4704                | 4821         | 117                             | 2,49%                      |
| Rôge                   | 18,6         | 1933                | 1901         | - 32                            | -1,66%                     |
| São Pedro de Castelões | 21,5         | 7389                | 7625         | 236                             | 3,19%                      |
| Vila Chã               | 5,5          | 3652                | 4133         | 481                             | 13,17%                     |
| Vila Cova de Perrinho  | 4,4          | 486                 | 459          | - 30                            | - 5,56%                    |
| <b>Concelho</b>        | <b>146,2</b> | <b>24537</b>        | <b>24798</b> | <b>261</b>                      | <b>1,06%</b>               |

Fonte: INE, Censos 1991/2001

**Quadro 47 – Índice de envelhecimento da população**

|                          | Concelho de Vale de Cambra |        |       |         |
|--------------------------|----------------------------|--------|-------|---------|
|                          | 1991                       | %      | 2001  | %       |
| Pop. 0-14 anos           | 5227                       | 21,30% | 3943  | 15,90%  |
| Pop. 15-64 anos          | 16023                      | 65,30% | 16838 | 67,90%  |
| Pop. 65 e +              | 3287                       | 13,40% | 4042  | 16,30%  |
| Índice de envelhecimento |                            | 62,70% |       | 102,70% |
| Rácio de Dependência     |                            | 52,10% |       | 47,40%  |

$$\frac{\text{Índice de Envelhecimento}}{\frac{65 \text{ e + anos}}{0 - 14 \text{ Anos}} * 100}$$

$$\frac{\text{Rácio de Dependência}}{(\frac{0 \text{ aos 14 anos}}{15 \text{ aos 64 anos}} + \frac{65 \text{ e + anos}}{15 \text{ aos 64 anos}}) * 100}$$

**Fonte:** INE, Censos (1991/2001)

Ao analisar os dados do quadro 47, verifica-se que a proporção dos idosos sobre a população total não tem uma tradução significativa no concelho, embora seja visível um aumento gradual à medida que se vai observando a evolução dos grupos etários mais jovens. Verifica-se em 2001, que a proporção de jovens é inferior à de idosos. É assim previsível uma tendência progressiva para o envelhecimento da população do concelho de Vale de Cambra. Em 2001, o peso da proporção de idosos sobre o total da população era de 16,3%, havendo um aumento de quase 3%, o mesmo registado no concelho de Oliveira de Azeméis.

Ainda em 2001, o índice de envelhecimento da população era de 102,7, isto é, existiam cerca de 102 idosos por cada 100 jovens, o que aponta para uma população envelhecida. Este fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, definida como a passagem de um modelo de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos. A análise da situação recente aponta para um declínio dos níveis de fecundidade

Maus-tratos conjugais nos idosos: Propostas para a prevenção e intervenção sócio-educativa

e o aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, para o envelhecimento da população.

**Quadro 48** – Caracterização das Famílias no concelho de Vale de Cambra

| Freguesias      | Famílias    |                |
|-----------------|-------------|----------------|
|                 | Clássicas   | Institucionais |
| Arões           | 633         | 1              |
| Cepelos         | 522         | 1              |
| Codal           | 346         |                |
| Junqueira       | 398         | 1              |
| Mac. Cambra     | 1610        | 1              |
| Rôge            | 658         |                |
| S.P. Castelões  | 2515        | 3              |
| Vila Chã        | 1405        | 1              |
| V. C. Perrinho  | 158         |                |
| <b>Concelho</b> | <b>8245</b> | <b>8</b>       |

**Fonte:** INE, Recenseamento Geral da População e Habitação, (2001)

Pela análise do quadro 48, relativamente às características da família, podemos verificar que o Concelho de Vale de Cambra tem 8245 famílias clássicas e 8 institucionais.

S. Pedro de Castelões, Macieira de Cambra e Vila Chã, são as freguesias que mais se destacam quer no número de famílias clássicas quer no número de famílias e institucionais.

**Quadro 49** – Composição do agregado familiar

| Composição do Agregado Familiar | Escalaões Etários            |                               |                            |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
|                                 | Pessoas com menos de 15 anos | Pessoas entre os 15 e 64 anos | Pessoas com 65 e mais anos |
| Nenhuma Pessoa                  | 5465                         | 1371                          | 5473                       |
| 1 Pessoa                        | 1822                         | 1069                          | 1662                       |
| 2 Pessoas                       | 831                          | 3149                          | 1063                       |
| 3 E + Pessoas                   | 127                          | 2656                          | 47                         |
| <b>Total</b>                    | <b>8245</b>                  | <b>8245</b>                   | <b>8245</b>                |

**Fonte:** INE, Recenseamento geral da População e Habitação (2001)

Quanto à composição do agregado familiar, é de salientar que, no último Recenseamento, o Concelho de Vale de Cambra apresentava um registo mais acentuado, de famílias com pessoas menores de 15 anos (2780) do que famílias constituídas por pessoas de 65 e + anos (2772).

Em 2001, cerca de 33,7% (2780) das famílias clássicas residentes no Concelho (8245), apresentavam, pelo menos, um jovem menor de 15 anos. Cerca de 1,5% das famílias continham, no seu agregado familiar, 3 e + pessoas menores de 15 anos.

### 8.2.1.2 – Indicadores Estatísticos de Emprego

De acordo com a Classificação das Actividades Económicas, em 2001, a actividade que registou maior representatividade foi o comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis, motociclos e bens de uso pessoal e doméstico, com o registo de 751 empresas, o que corresponde a 36% do total de empresas sedeadas no Concelho de Vale de Cambra (2088).

Nas actividades com menor representatividade, encontramos as Indústrias extractivas e a Produção e distribuição de electricidade, de gás e água, com 1 e 2 empresas, respectivamente.

### 8.2.1.2.1 – População e Emprego

De acordo com os dados disponibilizados pelos censos de 2001, Vale de Cambra, registava uma taxa de desemprego de 4,5%, 1,3% superior à registada, em 1991.

**Quadro 50** – População residente, segundo a condição perante a actividade económica

| Condições perante a actividade económica |   | N            | %           |
|--|---|--------------|-------------|
| População com actividade económica       |   | 11564        | 55,40%      |
| População sem actividade económica       | Estudantes                                | 1725         | 18,54%      |
|  | Domésticas                                | 1861         | 20%         |
|  | Reformados                                | 4354         | 46,80%      |
|  | Incapacitados permanentes para o trabalho | 659          | 7,08%       |
|  | Outros                                    | 704          | 7,56%       |
|  | <b>Total</b>                              | <b>9303</b>  | <b>100%</b> |
| <b>Total</b>                             |   | <b>20867</b> |             |

Fonte: INE (Censos, 2001)

Ao analisarmos o quadro 50, constatamos que 11564 indivíduos têm uma actividade económica e 9303 não exercem qualquer tipo de actividade.

É importante salientar que o número de reformados é, praticamente, metade da população inactiva, isto é, num total de 9303 indivíduos, sem actividade económica, 4354 são reformados.

**Quadro 51** – Emprego por actividade económica

| Sectores   | Homens | Mulheres |
|------------|--------|----------|
| Primário   | 280    | 363      |
| Secundário | 4473   | 1952     |
| Terciário  | 1777   | 2195     |

**Fonte:** Censos, 2001

O sector primário absorve, cerca de, 5,8% da população empregada, dos quais 280 são homens e 363 mulheres.

O sector secundário cerca de 6425 indivíduos da população empregada, dos quais 4473 são do sexo masculino e 1952 do sexo feminino e, ainda, o sector terciário, num total de 3972, sendo que 1777 são do sexo masculino e 2195 do sexo feminino.

**Quadro 52** – População desempregada, no concelho de Vale de Cambra, por classe etária

|                     | População Desempregada |
|---------------------|------------------------|
| <25 Anos            | 75                     |
| 25-34 Anos          | 103                    |
| 35-54 Anos          | 167                    |
| 55 Anos e mais anos | 111                    |
| Total               | 456                    |

**Fonte:** IEFP, 02/2008

Constatamos que a população desempregada, neste concelho, é de 456 indivíduos e encontra-se, sobretudo, nos grupos etários dos 35 aos 54 anos, seguido do grupo com 55 anos ou mais.

Ao analisarmos o quadro 53, verificamos que a população desempregada, que apresenta números mais elevados, só tem o 1º Ciclo, com 141 indivíduos, seguido do 2º Ciclo, com 91 indivíduos. Podemos constatar que o mesmo se verifica no concelho vizinho de Oliveira de Azeméis.



**Quadro 53** – População desempregada, no concelho de Vale de Cambra, segundo o nível de escolaridade

|              | População Desempregada |
|--------------|------------------------|
| <1º Ciclo EB | 31                     |
| 1º Ciclo     | 141                    |
| 2º Ciclo EB  | 91                     |
| 3º Ciclo EB  | 53                     |
| Secundário   | 70                     |
| Superior     | 70                     |
| <b>Total</b> | <b>456</b>             |

Fonte: IEFP, 02/2008

**Quadro 54** – População desempregada, Tempo de Inscrição, em Fevereiro de 2008

|                 | Desempregada |     |     |                  |                   |        | Tempo de Inscrição |  |
|-----------------|--------------|-----|-----|------------------|-------------------|--------|--------------------|--|
|                 | Total        |     |     | Proc. 1º Emprego | Procura novo emp. |        |                    |  |
|                 | HM           | H   | M   | Total            | Total             | <1 Ano | 1 Anoe +           |  |
| <b>Fev 2008</b> | 456          | 148 | 308 | 45               | 411               | 258    | 198                |  |

Fonte: IEFP, 02/2008

No que diz respeito à taxa de desemprego, no concelho de Vale de Cambra, verificamos que, num total de 456 desempregados, as mulheres estão em maioria, num total de 308.

Constatamos que 411 dos desempregados, estão à procura de novo emprego, 258 há menos de um ano e 198 há mais de um ano, sendo que, destes, 45 procuram o 1º emprego.

### 8.2.1.4- Indicadores Estatísticos da Educação

No que diz respeito à Educação, o concelho de Vale de Cambra apresenta um elevado número de pessoas sem ou com níveis de escolaridade muito baixos.

Podemos constatar estes dados, ao analisarmos o quadro 55, 9721 (39,25%) da população residente, concluiu o 1º Ciclo do ensino básico e 3660 (14,77%) não tem qualquer escolaridade. É de salientar que 3098 (12,50%) concluíram o ensino secundário e 1741 (7%) concluíram o ensino superior.

Se analisarmos os níveis de instrução tendo em conta o sexo, verificamos que os homens são em maior número até ao ensino secundário. Contrariamente e no que respeita ao ensino médio e superior as mulheres encontram-se na linha da frente.

**Quadro 55** – População residente em Vale de Cambra, segundo o nível de instrução

| Níveis de Ensino      | Homem        |            | Mulheres     |            | Total        |            |
|-----------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
|                       | N            | %          | N            | %          | N            | %          |
| S/ Nível de Instrução | 1331         | 10,87      | 2329         | 18,55      | 3660         | 14,77      |
| 1º Ciclo              | 4944         | 40,38      | 4777         | 38,06      | 9721         | 39,25      |
| 2º Ciclo              | 2039         | 16,65      | 1923         | 15,32      | 3926         | 15,85      |
| 3º Ciclo              | 1407         | 11,48      | 1105         | 8,80       | 2512         | 10,13      |
| Secundário            | 1697         | 13,86      | 1401         | 11,16      | 3098         | 12,50      |
| Médio                 | 48           | 0,40       | 56           | 0,45       | 104          | 0,50       |
| Superior              | 780          | 6,36       | 961          | 7,66       | 1741         | 7          |
| <b>Total</b>          | <b>12246</b> | <b>100</b> | <b>12552</b> | <b>100</b> | <b>24762</b> | <b>100</b> |

Fonte: INE – Recenseamento Geral da População e Habitação, 2001

### **8.2.1.5- Indicadores Estatísticos da Saúde**

O concelho de Vale de Cambra, em 2001, apresentava uma taxa de mortalidade de 9,5‰, comparativamente superior à registada na Região de Entre Douro e Vouga, 7,5‰ e inferior à observada no Continente, 10,2‰ (INE, 2001).

A taxa de natalidade no concelho, no mesmo período, era de 9,1‰, inferior à verificada na Região Entre Douro e Vouga, 11,1‰ e à do Continente, 10,9‰.

Este concelho apresentava uma taxa de natalidade inferior à observada na Região de Entre Douro e Vouga, possivelmente justificada pela situação geográfica de interioridade.

O concelho dispõe de 1 Centro de Saúde e 3 Extensões de Saúde, localizadas nas Sedes de Freguesia de Arões, Junqueira e Macieira de Cambra.

Em Abril de 2003, estavam inscritos no Centro de Saúde e Extensões, 27790 utentes, dos quais 14052 eram do sexo feminino e os restantes 13736 do sexo masculino. Cerca de 67% dos utentes estão registados no Centro de Saúde de Vale de Cambra, 25% na Extensão de Saúde de Macieira de Cambra, 6% na Extensão de Saúde de Arões e 2% na Extensão de Saúde de Junqueira (Diagnóstico da Rede Social, 2004).

### **8.2.1.6- Indicadores Estatísticos das IPSS**

O município de Vale de Cambra contabiliza 8 Instituições Particulares de Solidariedade Social, sendo que 6 oferecem serviços de apoio na área da infância, juventude e população idosa, 2 oferecem serviços vocacionados para as crianças e jovens e uma centra os seus serviços na população portadora de deficiência.

No que diz respeito ao serviço de apoio domiciliário, existem, no concelho 6 instituições com este serviço, num total de 218 utentes, com acordo típico com a segurança social.

## **9. A POPULAÇÃO ESTUDADA**

Ao estudar a população, “o que se pretende é conhecer as suas características ou atributos para que, posteriormente, seja possível tomar decisões com base nesse conhecimento” (Reis, 2008: 45). As características ou os atributos da população podem ser qualitativos ou quantitativos. Diz-se qualitativos se as diferentes modalidades não são mensuráveis, ou seja, não se podem expressar através de números. É o caso de algumas questões do nosso questionário, tais como, a posição ideológica (Esquerda, centro, direita e indiferente), situação económica (Muito boa, boa, razoável e má), formas de convivência (União de facto, casamento civil, casamento religioso). Estes atributos variam de “intensidade de elemento para elemento da população” (Idem).

A população, em estudo, é constituída por 160 indivíduos, pertencentes a 17 instituições dos concelhos de Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra. Dos 160 indivíduos é importante salientar que o inquérito, por questionário, só foi passado a 150 indivíduos, visto que 10 deles não possuíam capacidades para responder ao solicitado.

O Inquérito por questionário foi preenchido, individualmente, por cada idoso com a ajuda da investigadora. Este facto permitiu uma aproximação positiva entre esta e o inquirido no aprofundamento de certas questões e na melhor compreensão das respostas dadas. É de salientar que se considerou, sempre, a não sugestão e a não ilação das respostas. A baixa escolaridade da maioria dos inquiridos foi o principal motivo da aplicação deste método, uma vez que muitos deles são analfabetos e outros não saberiam responder, devidamente, porque não compreenderiam o conteúdo das perguntas.

### **9.1- Caracterização da população**

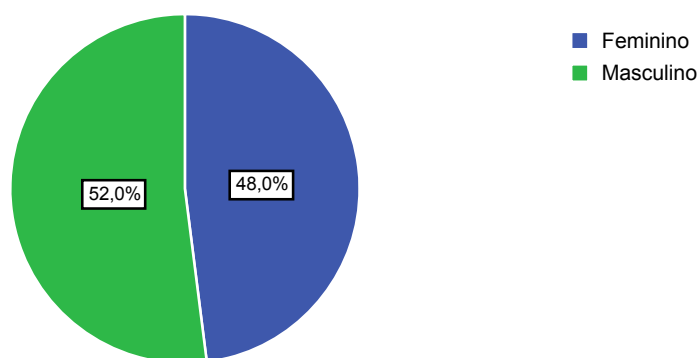
A população estudada está distribuída, tendo em conta duas partes: o sexo, a idade, a escolaridade, o lugar e zona de residência, a situação

económica, a posição ideológica, a crença religiosa do respondente e, ainda, a idade, a escolaridade e a ocupação laboral anterior e actual do cônjuge.

**Tabela 1** – Distribuição por Sexo

|       |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Feminino  | 72        | 48,0    | 48,0          | 48,0               |
|       | Masculino | 78        | 52,0    | 52,0          | 100,0              |
|       | Total     | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

**Gráfico 10** – Distribuição por sexo



Ao analisarmos a tabela e o gráfico anteriores, podemos verificar que, **há uma predominância do sexo masculino, no que diz respeito à capacidade de resposta**, num total de 78 (52%) e 72 do sexo feminino (48%). No entanto, relembremos que 8 indivíduos do sexo feminino e 2 do sexo masculino não estavam com capacidades cognitivas e físicas para responderem, devidamente, ao questionário, o que levou a que só se tenha inquirido 150 sujeitos.

**Tabela 2** – Distribuição por sexo e por concelho de residência

|      |           | Lugar de Res por Concelho |    |
|------|-----------|---------------------------|----|
|      |           | OAZ                       | VC |
| Sexo | Feminino  | 52                        | 20 |
|      | Masculino | 56                        | 22 |

Ao analisarmos a tabela 2, verificamos que a população inquirida **foi maioritariamente do concelho de Oliveira de Azeméis**, concelho onde se reflecte um índice de envelhecimento mais elevado, e um número maior de pessoas incapacitadas e, por conseguinte, um maior número de casais utentes, a necessitarem de apoio formal, na valência de Serviço de Apoio Domiciliário.

**Tabela 3** – Distribuição da Idade por Classes Etárias

|             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 60-65 | 11        | 7,3     | 7,3           | 7,3                |
| 66-70       | 19        | 12,7    | 12,7          | 20,0               |
| 71-75       | 34        | 22,7    | 22,7          | 42,7               |
| 76-80       | 44        | 29,3    | 29,3          | 72,0               |
| 81-85       | 25        | 16,7    | 16,7          | 88,7               |
| 86-90       | 16        | 10,7    | 10,7          | 99,3               |
| 91-95       | 1         | ,7      | ,7            | 100,0              |
| Total       | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

No que diz respeito à idade, podemos constatar que 44 dos inquiridos (29,3%) situam-se no intervalo dos 76-80 anos, 34 (22,7%), no intervalo entre os 71-75 anos, 25 (16,7%), na classe etária dos 81-85 anos e 19 (12,7), no intervalo entre os 66-70 anos. É importante verificar que a maioria da população estudada se concentra nas idades, entre os 71 anos e os 85 anos, o que nos leva a concluir que a nossa população, é bastante envelhecida.

É importante referir que a idade média dos sujeitos analisados é de 78 anos, com um intervalo de dispersão, entre os 65 anos (idade mínima) e os 94 anos (idade máxima). A mediana situa-se na classe etária, entre os 76 e os 80 anos.

**Tabela 4** – Universo total – cruzamento entre sexo e Idade

|       |           | Idade |       |       |       |       |       |       | Total |
|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|       |           | 60-65 | 66-70 | 71-75 | 76-80 | 81-85 | 86-90 | 91-95 |       |
| Sexo  | Feminino  | 9     | 9     | 19    | 18    | 13    | 3     | 1     | 72    |
|       | Masculino | 2     | 10    | 15    | 26    | 12    | 13    | 0     | 78    |
| Total |           | 11    | 19    | 34    | 44    | 25    | 16    | 1     | 150   |

Ao cruzar as variáveis sexo e idade, verificamos que os representantes do sexo masculino estão em maior número, em quase todas as classes etárias, com excepção do intervalo entre os 71 anos e os 75 anos e entre os 81 e 86 anos, onde o sexo feminino se encontra em maioria. Contudo, é essencial analisar que o sexo masculino, na faixa etária, entre os 86-90, se distingue, o que contraria a tendência da predominância do sexo feminino nas classes etárias mais elevadas.

Em oposição, a população feminina evidencia-se nas classes mais jovens. Tendo em conta que se trata de casais e, reflectindo sobre as questões culturais, era normal o homem casar com uma mulher bastante mais nova, ou ainda, esta diferença ocorrer, porque muitos já são segundos casamentos, onde o homem viu na mulher, a garantia da satisfação das suas necessidades básicas e ainda a garantia de uma companhia.

**Em resumo** e porque o nosso objectivo é caracterizar a população em estudo, verificamos que esta é bastante idosa, (a Organização das Nações Unidas diz-nos que, nos países desenvolvidos, consideram-se idosos os seres humanos com 65 anos ou mais). Convém, todavia referir que existem na população em análise, alguns inquiridos com idade inferior aos 65 anos e que se encontram nesta valência, porque são portadores de algumas incapacidades que não lhes permitem desenvolver as actividades da vida diária.

**Tabela 5** – Distribuição quanto ao grau de Escolaridade

|       |                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sem Escolaridade    | 51        | 34,0    | 34,0          | 34,0               |
|       | 1ºclasse            | 3         | 2,0     | 2,0           | 36,0               |
|       | 2ªclasse            | 1         | ,7      | ,7            | 36,7               |
|       | 3ªClasse            | 6         | 4,0     | 4,0           | 40,7               |
|       | 4ª classe           | 85        | 56,7    | 56,7          | 97,3               |
|       | Estudos Secundários | 4         | 2,7     | 2,7           | 100,0              |
|       | Total               | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Quanto ao grau de escolaridade, 85 (56,7%) dos sujeitos têm um grau de escolaridade baixo (4ª Classe), 10 (6,7%) andaram na escola, mas não concluíram a 4ª classe; 51 (34%) dos sujeitos não sabe ler nem escrever e apenas 4 (2,7%) dos sujeitos possuem estudos secundários. Estas conclusões vêm ao encontro dos diagnósticos concelhios apresentados neste capítulo no ponto 8 , que nos referem que a população mais idosa é a menos escolarizada.

**Tabela 6** – Distribuição quanto ao grau de Escolaridade e o sexo

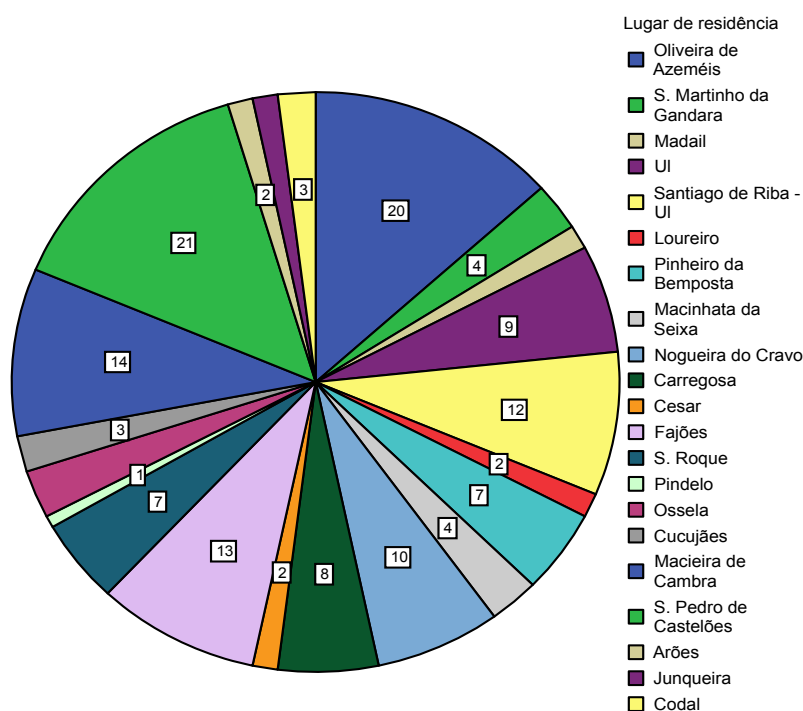
|       |           | Escolaridade     |          |          |          |           | Total               |     |
|-------|-----------|------------------|----------|----------|----------|-----------|---------------------|-----|
|       |           | Sem Escolaridade | 1ºclasse | 2ªclasse | 3ªClasse | 4ª classe | Estudos Secundários |     |
| Sexo  | Feminino  | 27               | 2        | 1        | 3        | 40        | 0                   | 73  |
|       | Masculino | 24               | 1        | 0        | 3        | 45        | 4                   | 77  |
| Total |           | 51               | 3        | 1        | 6        | 85        | 5                   | 150 |

Podemos verificar que as mulheres estão representadas em maior proporção que os homens, nas categorias de analfabetismo e 4ª classe incompleta. Este fenómeno acontece muito provavelmente porque, na sociedade da época, as mulheres tinham como tarefa principal, tratar dos irmãos e da lida da casa, surgindo a escola como um bem supérfluo ou secundário.

No entanto, podemos reter que metade dos inquiridos concluiu o 1º ciclo, escolaridade mínima obrigatória, exigida na época, para indivíduos que nasceram antes de 01.01.1967.



**Gráfico 11 – Lugar de residência**



No que respeita ao lugar de residência, verificamos que os inquiridos residem nas várias freguesias dos dois concelhos, com maior incidência para as sedes de concelho, como é o caso de Oliveira de Azeméis e S. Pedro de Castelões, onde se integra a cidade de Vale de Cambra.

**Tabela 7 – Posição Ideológica**

|                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Esquerda | 24        | 16,0    | 16,0          | 16,0               |
| Centro         | 50        | 33,3    | 33,3          | 49,3               |
| Direita        | 30        | 20,0    | 20,0          | 69,3               |
| Indiferente    | 37        | 24,7    | 24,7          | 94,0               |
| Não respondeu  | 9         | 6,0     | 6,0           | 100,0              |
| Total          | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Quanto à posição ideológica, verificamos que a maioria, 50 (33,3%) dos sujeitos segue a ideologia política de tendência do Centro, 37 (24,7) são indiferentes a estas questões, 24 (16%) dos sujeitos segue a tendência política de esquerda e 9 (6%) não se quiseram manifestar sobre este assunto.

**Tabela 8** – Cruzamento entre a posição ideológica e o sexo.

|       |           |               | Posição ideológica |        |         |              |               | Total  |
|-------|-----------|---------------|--------------------|--------|---------|--------------|---------------|--------|
|       |           |               | Esquerda           | Centro | Direita | Indiferentes | Não respondeu |        |
| Sexo  | Feminino  | Count         | 9                  | 22     | 13      | 22           | 6             | 72     |
|       |           | % within Sexo | 12,5%              | 30,6%  | 18,1%   | 30,6%        | 8,3%          | 100,0% |
|       | Masculino | Count         | 15                 | 28     | 17      | 15           | 3             | 78     |
|       |           | % within Sexo | 19,2%              | 35,9%  | 21,8%   | 19,2%        | 3,8%          | 100,0% |
| Total |           | Count         | 24                 | 50     | 30      | 37           | 9             | 150    |
|       |           | % within Sexo | 16,0%              | 33,3%  | 20,0%   | 24,7%        | 6,0%          | 100,0% |

Existe, claramente, uma diferença significativa no sexo masculino, no que se refere ao Centro, Esquerda ou Direita. O sexo feminino destaca-se nas não respostas (8,3%) e na indiferença (30,6%). Denota-se que a população feminina não tem um interesse muito acentuado em relação à política do seu país. Este fenómeno acontece, provavelmente, porque apenas em 1911, uma mulher portuguesa votou pela primeira vez, aproveitando a lacuna da lei que não determinava qual o sexo do chefe de família, único com direito de voto. E, só em 1931, foi permitido às mulheres votar, mas, apenas as mulheres divorciadas, separadas, licenciadas ou com os maridos ausentes na guerra. Aos homens continuava a exigir-se, apenas, que soubessem ler e escrever (Saraiva, 2003).

**Tabela 9 – Situação Económica**

|       |               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Muito Boa     | 1         | ,7      | ,7            | ,7                 |
|       | Boa           | 26        | 17,3    | 17,3          | 18,0               |
|       | Razoável      | 88        | 58,7    | 58,7          | 76,7               |
|       | Má            | 28        | 18,7    | 18,7          | 95,3               |
|       | Não respondeu | 7         | 4,7     | 4,7           | 100,0              |
|       | Total         | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Dos 150 inquiridos, 88 (58,67%) consideraram a sua situação económica Razoável, 28 (18,67%) consideraram-na má, 26 (17,33) Boa, 1 (0,67%) Muito Boa e 7 (4,67) não responderam. É importante constatar, após algumas observações no terreno, que estes casais vivem, quase todos, em meio rural, onde além das reformas, quase todas inferiores a 500,00 euros, ainda cultivam a sua horta e tratam de alguns animais, o que vem contribuir para o orçamento mensal. Muitos destes idosos consideram ter boa qualidade de vida. É importante dizer que a qualidade de vida é um conceito muito complexo para o qual não existe uma definição consensual, assim como também não se verificam critérios unânimes de medição, acerca deste tema, logo, segundo Paul (1992:63), “não tem havido acordo relativamente ao tipo de indicadores que devem ser usados como critérios nos estudos sobre o nível de vida e bem estar”.

**Tabela 10 – Forma de Convivência**

|       |                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | União de facto      | 3         | 2,0     | 2,0           | 2,0                |
|       | Casamento Civil     | 2         | 1,3     | 1,3           | 3,3                |
|       | Casamento Religioso | 145       | 96,7    | 96,7          | 100,0              |
|       | Total               | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Ao analisarmos a tabela 10, podemos constatar que o casamento religioso é a maior fatia da população, 145 (96,7). Em União de facto existem 3 (2%) casais e, com casamento civil, temos apenas 2 (1,3%) casais.

Verificamos que o casamento é de grande importância para a população em estudo, porque, com este são criadas novas “realidades e através dele os actores são confrontados com o desempenho de novos papéis que criam novos sentidos, outras identidades” (Torres, 2002: 14). Pelo facto de se tratar de uma população idosa, justifica-se que o casamento religioso esteja na frente das outras formas de convivência, visto esta ser maioritariamente crente, como podemos verificar na tabela seguinte.

**Tabela 11 – Crença Religiosa**

|       |            | Frequência | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Crente     | 146        | 97,3    | 97,3          | 97,3               |
|       | Não Crente | 4          | 2,7     | 2,7           | 100,0              |
|       | Total      | 150        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tendo em conta os dados referentes ao cônjuge, podemos constatar o seguinte.

**Tabela 12 – Idade do cônjuge do respondente**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 60-65 | 13        | 8,7     | 8,7           | 8,7                |
|       | 66-70 | 17        | 11,3    | 11,3          | 20,0               |
|       | 71-75 | 32        | 21,3    | 21,3          | 41,3               |
|       | 76-80 | 44        | 29,3    | 29,3          | 70,7               |
|       | 81-85 | 27        | 18,0    | 18,0          | 88,7               |
|       | 86-90 | 16        | 10,7    | 10,7          | 99,3               |
|       | 91-95 | 1         | ,7      | ,7            | 100,0              |
|       | Total | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Como se pode analisar, 44 dos cônjuges (29,3%) situam-se no intervalo dos 76-80 anos, 32 (21,3%) no intervalo entre os 71-75 anos, 27 (18%) na classe etária dos 81-85 anos e 17 (11,3%) no intervalo entre os 66-70 anos.

**Tabela 13 – Escolaridade do Cônjuge**

|       |                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sem escolaridade | 44        | 29,3    | 29,3          | 29,3               |
|       | Secundário       | 3         | 2,0     | 2,0           | 31,3               |
|       | 3ª Classe        | 2         | 1,3     | 1,3           | 32,7               |
|       | 4ª Classe        | 101       | 67,3    | 67,3          | 100,0              |
|       | Total            | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Quanto ao grau de escolaridade do cônjuge, verificamos que 101 (67,3%) dos sujeitos têm um grau de escolaridade baixa (4ª Classe), 2 (6,7%) andaram na escola, concluindo só a 3ª classe; 44 (29,3%) dos sujeitos não sabe ler nem escrever e, apenas 3 (2 %) dos sujeitos, possuem estudos secundários.

**Tabela 14 – Ocupação laboral anterior do cônjuge do respondente**

|         |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | Comercio             | 9         | 6,0     | 6,7           | 6,7                |
|         | PSP                  | 1         | ,7      | ,7            | 7,4                |
|         | Agricultor           | 38        | 25,3    | 28,1          | 35,6               |
|         | Empregado Fabril     | 9         | 6,0     | 6,7           | 42,2               |
|         | Doméstica            | 25        | 16,7    | 18,5          | 60,7               |
|         | Outro                | 34        | 22,7    | 25,2          | 85,9               |
|         | Serralheiro          | 2         | 1,3     | 1,5           | 87,4               |
|         | Condutor de máquinas | 2         | 1,3     | 1,5           | 88,9               |
|         | Trolha               | 2         | 1,3     | 1,5           | 90,4               |
|         | Cantoneiro           | 1         | ,7      | ,7            | 91,1               |
|         | Chapeleiro           | 1         | ,7      | ,7            | 91,9               |
|         | Sapateiro            | 10        | 6,7     | 7,4           | 99,3               |
|         | Gaspiadeira/o        | 1         | ,7      | ,7            | 100,0              |
|         | Total                | 135       | 90,0    | 100,0         |                    |
| Missing | System               | 15        | 10,0    |               |                    |
| Total   |                      | 150       | 100,0   |               |                    |

Com objectivo de caracterizar a Ocupação Laboral da população inquirida antes da reforma, podemos verificar, após a análise dos dados anteriores, que a ocupação laboral, mais significativa, é a de Agricultor, com 38 (26,67%) inquiridos, 25 (20,67%) mulheres dedicaram-se à actividade Doméstica, 10 (7,3%) foram sapateiros, 9 (6%) foram empregados fabris, 9

(6%) no Comércio por conta própria e 34 (24%) tiveram outras profissões que não achamos pertinente identificar. É ainda importante referir que muitas destas profissões servem ainda, de reforço, às pequenas reformas que usufruem, como é o caso da agricultura, sapateiro, comércio e trolha é que os dois concelhos nesta época eram predominantemente agrícolas, havendo pouca indústria.

**Tabela 15 – Ocupação laboral actual do cônjuge do respondente**

|                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Reformado | 147       | 98,0    | 98,0          | 98,0               |
| Outro           | 3         | 2,0     | 2,0           | 100,0              |
| Total           | 150       | 100,0   | 100,0         |                    |

Ao analisar a tabela 15, constatamos que, actualmente, 147 (98%) dos cônjuges dos inquiridos estão reformados e apenas 3 (2%) se encontram noutra situação.

*“(...) Tivemos horas melhores, horas piores, dias de tormentos... mas a minha vida não foi fácil. (...) ele é uma pessoa que nunca deu carinho a ninguém (...) não anda aos beijos, nem é de muitos abraços, nem para os filhos, nem para mim. (...) a primeira vez que ele me bateu foi quando a minha filha mais velha namorava (...) Ele “tau”, batia-me!”*

### **Percurso Biográfico**

Amália nasceu numa das mais pequenas freguesias de Vale de Cambra, há 60 anos. Os pais eram agricultores e a mãe também era agricultora e peixeira.

Depois de completar a terceira classe, Amália foi servir de criada de “sala” e de “cozinha” numa das casas mais abastadas da região. Deste modo, a biografada relembra que *“a gente já trabalhava que era medonho, matava porcos, cozinhava para cães, limpar a casa, limpar o fogão, apanhar a roupa, passar a ferro (...)”*.

Com oito irmãos, Amália sempre ansiou trabalhar numa indústria de queijos e foi aos 14 anos de idade que deixou de servir para trabalhar nesta indústria onde, a irmã também trabalhava. Deste modo, recorda com felicidade que: *“(...) Então eu via-a lavadinha e era assim para a minha mãe: “Ó mãe, eu quando fizer os 14 anos não quero servir mais.” E ela: “Tá bem filha, quando tiveres os 14 anos, depois vais para ao pé da mana, que ela chama-te para lá!” E chamou, graças a Deus eu fui para lá!”*

Foi no seu novo trabalho que Amália conheceu o marido, mas não ficou logo cativada por ele, visto que vestia uma gabardina que não lhe agradava. Contudo, Amália refere que já estava na *“idade de querer namorar”* e teve de escolher entre o marido e outro rapaz, que a interpelava sempre que a via. Este caso fez com que escolhesse o rapaz com quem se casou. Assim recorda, em tom de graça: *“Estava o rapaz e eu cheguei lá e fiquei morta, mas o outro vinha a mais eu, o meu marido, e o outro rapaz agarrou na bicicleta e meteu-a ao meio, até que se pegaram*

***e o meu marido bateu nele e ele bateu ao meu marido, e foi uma borgia. Tinha um casaco grande, pronto, mas depois ele veio até minha casa e lá começamos a namorar”.***

Amália teve grande vontade de casar e recorda que, apesar de não haver *“dinheiro nem calçado”*, o pouco que ganhava fez com que ela levasse o enxoval que tanto lhe agradara: *“quando me casei levava 24 lençóis, e um bocadinho de tudo... eu ia à mala e via os meus jogos de lençóis e era assim: “Ai o meu enxovalzinho!”*

Amália descreve o marido como *“bom rapaz”, “humilde”, “respeitador”* e o *“mais bonito”*, mas, isso só durante os 4 anos de namoro, e no início de casados, porque depois tornou-se violento, fazendo com que Amália, hoje, diga que *“não tem maravilhas para contar!”*

### **A vida conjugal e os maus-tratos**

O namoro de Amália foi consentido pelos pais de ambos. Casaram-se, ela com 23 anos e ele com 27 anos.

Depois de casar, continuou a morar numa casa dos pais, referindo que *“tive logo o meu fogãozinho (...) um bocadinho de tudo”*. Amália continuou também a trabalhar na indústria queijeira, lembrando que *“andava a acartar queijo nas salgas para o salão da cura e do salão da cura ia para a masseira e acartava-se tudo. Tínhamos de lavar 24 tábuas de queijo por dia e cada tábua com 7 queijos.”*

O marido saiu dessa indústria e foi trabalhar para a vinicultura, contudo não permaneceu lá muitos anos, visto que emigrou para a França, deixando Amália com uma filha de quatro anos.

Amália teve quatro filhos e também acabou por sair do local onde trabalhava, para fazer as terras que os pais já não podiam fazer e, aqui, também conciliou esta actividade com a venda de peixe, tal como a sua mãe.



O marido de Amália permaneceu 11 anos em França e foi na altura em que regressou, definitivamente, que Amália já com 43 anos, engravidou da sua quarta filha.

Amália afirma que sempre teve discussões com o marido, mas que *“casa que não é ralhada não é governada”*. Contudo, quando regressou de França e foi trabalhar, como operário, numa indústria de latas, para além de começar a beber em excesso, também começou a agredir a esposa.

Esta refere que foi a partir daqui e do momento em que a filha mais velha iniciou o seu namoro que o marido a começou a agredir. É angustiada que recorda: *“Uma vez a minha filha mais velha queria ir à discoteca, mas ele não queria (...) encontrou-a pelo caminho (...) chegou logo a casa e já não vinha sozinho, vinha com o vinho (...) A minha filha foi de caminho: “Ó pai, não batas mais à mãe!” E ele: “É por tua causa”*.

Amália relembra o que sentiu e refere que *“não estava à espera, chorei muito e andei mais de um mês sem falar para ele.”*

A biografada refere que, desde o momento em que se casou, que se apercebeu que o marido era *“uma pessoa que nunca deu carinho a ninguém”* e associa isto ao facto de ser *“filho mais velho”* e que *“o pai era muito mau para ele”*, fazendo com que este se tornasse numa pessoa que *“não anda aos beijos, nem é de muitos abraços, nem para os filhos, nem para mim”*.

Amália passou então a ser vítima de violência verbal e física em frente dos filhos: *“Ele tinha uma língua... alguma coisa que ele implicasse já era para me bater, parecia o diabo, mas era com o vinho.”*

A violência física só cessou, quando o filho mais velho cresceu. Assim relembra que: *“Ele começou a querer molhar a sopa, mas o meu rapaz já estava crescido e, enquanto (...) era criança, aquilo corria mal, mas depois (...) metia-se ao meio e já não me batia, nunca ameaçou o pai nem nada, mas encostava-o à parede.”*

A violência conjugal, na vida desta mulher, apenas não afectou, directamente, a filha mais nova, que não assistiu tanto a esses maus-

tratos como os outros filhos. Deste modo, Amália também refere que esta foi a filha mais mimada, no sentido em que até um dos filhos dizia: “ (...) *teve tudo, ela teve computador, ela tirou a carta, tem um carro e até andou a estudar até ao 12º ano, e a gente, aos 14 anos, toca a vergar a mola.*”

Amália nunca partilhou com os pais os maus-tratos que sofrera e que o marido não se arrependia dos actos violentos para com ela e “*ainda fazia pouco e também ninguém podia falar pra ele, era o diabo, mas pronto.*” Ainda refere que “*dele ser mau não era por não ter o comer feito e o dinheiro também podia não ser muito, mas era só por causa dos filhos. Ele, de vez em quando, é que se apanhava com o vinho, bebia de mais e era assim. Mas isso não se faz, a gente sempre com respeito, a tratar das crianças, roupinha lavada e passada... o que é que ele queria mais?*”.

### O dia a dia de Amália

Hoje, Amália mora com o marido doente e, felizmente, tem a ajuda da filha mais nova que mora perto e: “*é o que vale ao meu marido, porque ele anda a fazer tantos tratamentos na Vila da Feira; ele pagou-lhe o carrinho e anda sempre a caminhar com o pai para o hospital*”.

Relembra, com carinho, o que disse às pessoas, quando a filha mais velha se casou, quando estava grávida da filha mais nova: “*saiu um porco do curral, mete-se lá outro!*”

Infelizmente, Amália vê a sua saúde mental afectada, pela dolorosa morte de um filho, num acidente, referindo que: “*andei-me a tratar na psicóloga, mas nem sei o que ela me disse, não me lembro de nada. Fiquei muito abalada, mas graças a Deus não estou tolinha. Sei bem guardar o meu dinheirinho*”.

Amália tem cinco netos, dois na Suíça e três na mesma freguesia em que reside, e é, com amor, que refere que os netos são os seus encantos.

**A propósito dos maus-tratos, Amália refere que, se tivesse conhecimento de violência conjugal, entre os seus filhos, *“ficava triste e até discutia»*, mas que *“sentia mais desgosto delas faltarem ao respeito a eles do que eles a elas”*.**

**É com a visita das auxiliares de apoio ao domicílio e da filha e netos que Amália passa o seu tempo, chamando sempre a atenção para o facto de que é Sra. do seu *“tostãozinho”* e que, em relação ao marido, *“que Deus lhe perdoe tudo porque eu também o perdoe, ele nunca foi grande coisa para mim.”***

## **CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

### **1- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

São vários os autores, entre os quais salientamos Reis (2001), que destacam que o mais importante, no tratamento e análise dos dados, não são os cálculos, mas sim, o método mais apropriado para saber interpretar os resultados, retirando deles conclusões certas.

A escolha do método depende do problema em estudo, tipo de variáveis e respectivas escalas de medida.

A apresentação dos dados tentará evidenciar os aspectos mais significativos obtidos através do questionário.

#### **1.1- Identificação dos maus-tratos conjugais**

No que concerne aos 24 itens, relacionados com os maus-tratos, foi nossa intenção questionar sobre comportamentos reais, considerando 3 opções de resposta: Nunca, Alguma Vez e Com frequência.

Apresentaremos uma análise efectuada sobre a repartição constante para cada item, fazendo sempre o cruzamento com a variável sexo. Os dados serão ainda agrupados, tendo em conta os vários tipos de maus-tratos identificados neste estudo. A apresentação, análise e interpretação dos dados numéricos será feita através de instrumentos adequados, quadros e gráficos.

Por último, é necessário interpretar os resultados encontrados.

Para proceder à interpretação dos resultados será utilizada uma medida de localização, a média aritmética<sup>20</sup>.

Relativamente aos **maus-tratos físicos** verificamos que:

---

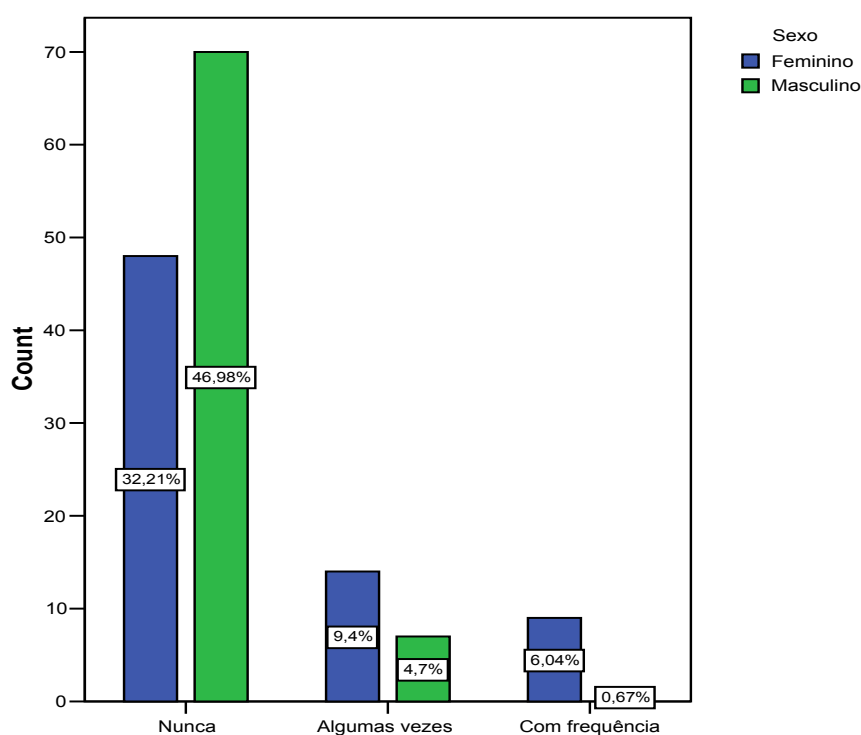
<sup>20</sup> A média aritmética “é a soma de todos os valores observados dividida pelo número de observações” (Reis, 2008:65).

### Quando se zanga, chega a empurrá-la/o ou a agredi-la/o

**Tabela 16** – Cruzamento das variáveis Empurra ou agride e a variável sexo

|       |           | Empurra ou agride-a/o |               |                |               | Total |
|-------|-----------|-----------------------|---------------|----------------|---------------|-------|
|       |           | Nunca                 | Algumas vezes | Com frequência | Não respondeu |       |
| Sexo  | Feminino  | 49                    | 14            | 10             | 1             | 74    |
|       | Masculino | 69                    | 7             | 0              | 0             | 76    |
| Total |           | 118                   | 21            | 10             | 1             | 150   |

**Gráfico 12** – Cruzamento das variáveis Empurra ou agride e a variável sexo



Ao analisarmos os dados apresentados na tabela e no gráfico, podemos concluir que 14 (9,4%) inquiridos, do sexo feminino, sofreram alguma vez e 10 (6,04%) com frequência, este tipo de comportamento por parte do seu cônjuge. No entanto, é de salientar que, ao contrário do que poderíamos esperar, 7 (4,7%) sujeitos do sexo masculino também sofreram este tipo de agressão por parte da sua esposa.

É importante referir que estudos recentes mostram que muitos dos cônjuges agressores são oriundos de lares violentos (Dobash & Dobash, 1992).

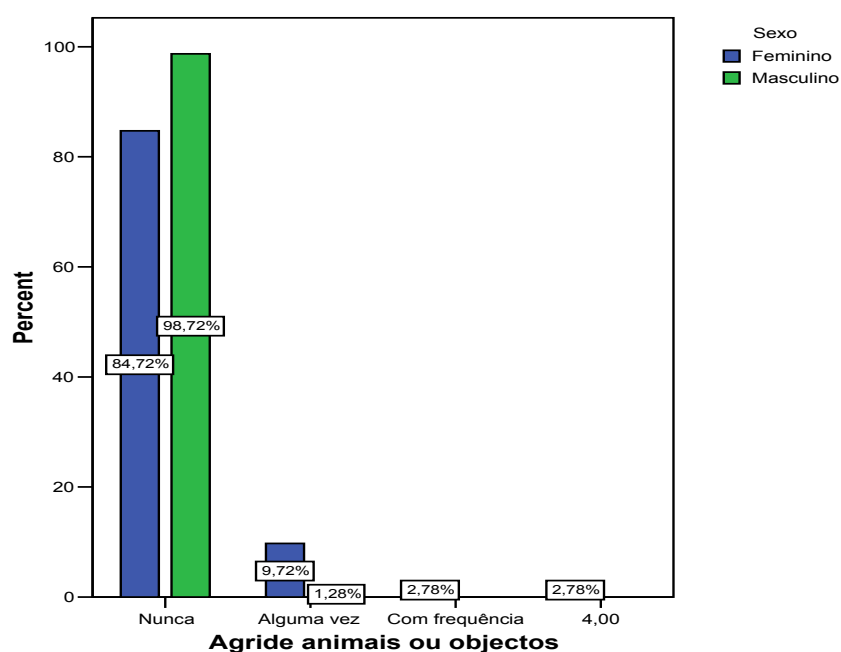
## Quando se zanga, agride animais e objectos da sua estima

**Tabela 17** – Cruzamento das variáveis Agrida animais ou objectos e a variável sexo

|                            |                | Sexo     |           | Total |
|----------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                            |                | Feminino | Masculino |       |
| Agride animais ou objectos | Nunca          | 61       | 75        | 136   |
|                            | Alguma vez     | 7        | 1         | 8     |
|                            | Com frequência | 2        | 0         | 2     |
|                            | Não respondeu  | 2        | 2         | 4     |
| Total                      |                | 72       | 78        | 150   |

**Gráfico 13** – Cruzamento das variáveis Agrida animais ou objectos e a variável

sexo



Ao analisar os dados anteriores, podemos inferir que 136 dos inquiridos nunca sofreram este tipo de comportamento por parte o seu cônjuge, 8 sofreram algumas vezes e 2 com frequência.

Ao cruzarmos este comportamento com a variável sexo, constatamos que o sexo feminino foi o que sofreu mais este tipo de comportamento por parte do seu marido, num total de 9 sujeitos, 7 alguma vez e 2 com frequência.

É de salientar que só um inquirido, do sexo masculino, o sofreu por parte da sua esposa.

A partir dos gráficos, podemos constatar que o sexo masculino evidencia ser mais agressivo do que o sexo feminino, muito provavelmente por questões culturais e históricas. De facto, o homem teve sempre um papel de dominação, comprovado através da força física, à qual a mulher sempre se acomodou, não autorizando, mas concedendo (Heritier, 2004:141).

No âmbito da sociologia e, tendo em conta a teoria de Pearsons (1956), que contribui para diferenciar os perfis da personalidade masculina e feminina, podemos constatar que o papel masculino é considerado o mais importante, a principal fonte de rendimento e de estatuto para a família, mesmo que a mulher também trabalhe fora de casa. Neste modelo, é notória a autoridade que sempre é vista na figura masculina/paterna (Amâncio, 1998).

**Tabela 18** – Comparação de médias entre a variável sexo, nos maus-tratos físicos

| Sexo      | Mean   | N   | Std. Deviation |
|-----------|--------|-----|----------------|
| Feminino  | 2,6479 | 72  | ,98704         |
| Masculino | 2,1282 | 78  | ,40641         |
| Total     | 2,3758 | 150 | ,78393         |

Ao analisar a tabela 18, podemos concluir que existem maus-tratos físicos tanto no sexo feminino como no sexo masculino. No entanto, dado que a média é mais elevada no sexo feminino (2,6), podemos constatar que as mulheres são vítimas em maior número de casos.

A análise efectuada mostra que a tendência é a utilização da força física. Na esmagadora maioria, é dirigida a mulheres, com o intuito de as dominar e, como muito bem refere Walker (1994), de forma a fazê-las sentir-se subordinadas e com medo.

Como exposto anteriormente, Nelson (2002) refere que em estudos sobre maus-tratos, em países ocidentais e nos EUA, respectivamente, 4 a 6%

dos idosos foram maltratados no domicílio e 36% do pessoal de enfermagem registou, pelo menos, um incidente de maus-tratos físicos em idosos, por ano.

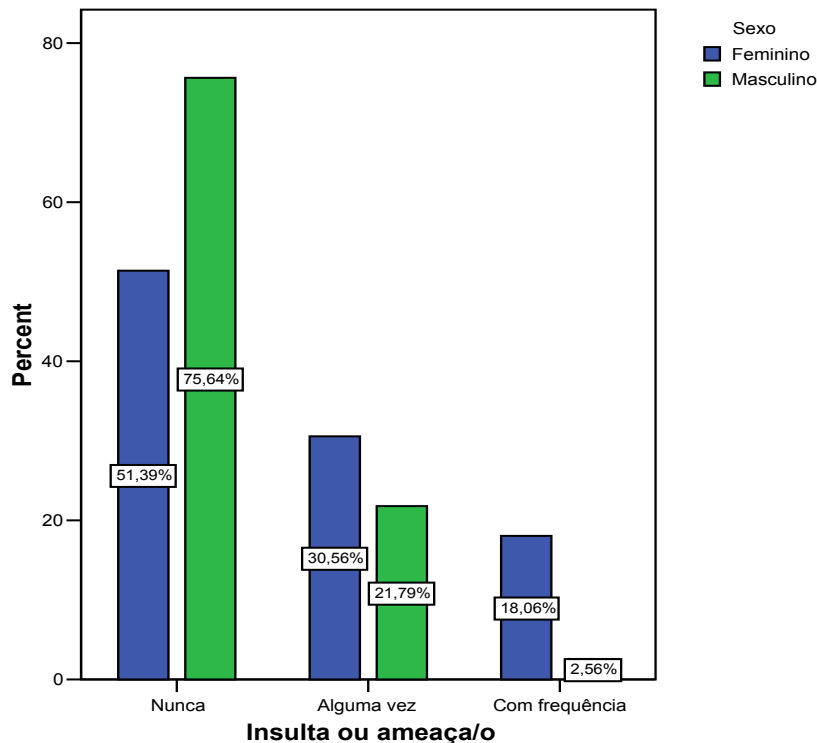
Em relação aos **maus-tratos psicológicos/psíquicos**, devemos considerar a distribuição feita, nos quadros seguintes.

### Insulta-a/o ou ameaça-a/o

**Tabela 19** – Cruzamento das variáveis Insulta ou ameaça/o e a variável sexo

|                     |                | Sexo     |           | Total |
|---------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                     |                | Feminino | Masculino |       |
| Insulta ou ameaça/o | Nunca          | 37       | 59        | 96    |
|                     | Alguma vez     | 22       | 17        | 39    |
|                     | Com frequência | 13       | 2         | 15    |
| Total               |                | 72       | 78        | 150   |

**Gráfico 14** – Cruzamento das variáveis Insulta ou ameaça/o e a variável sexo



Mais uma vez, a subordinação masculina está patente neste item. Ao analisarmos a tabela e o gráfico anteriores, podemos sublinhar que, dos inquiridos, 59 (75,64%) nunca foram sujeitos a insultos ou ameaças, por parte



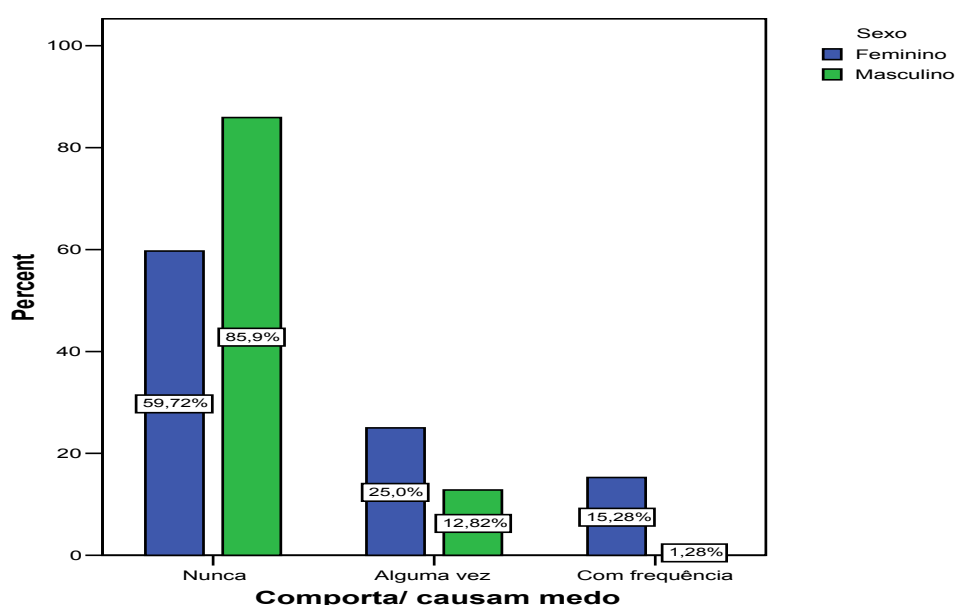
da sua esposa e 39 (51,39%), por parte dos seus maridos. No entanto, 30,56% (22) das mulheres sofreu alguma vez este tipo de comportamento, por parte do seu marido. No entanto, é importante salientar que 21,79% (17) dos homens já sofreram alguma vez este tipo de comportamento. Com estes dados, infere-se que estamos a assistir a uma afirmação, ainda que negativa, por parte da mulher. É lamentável, mas, neste grupo, existem 18,06% de mulheres que recebem com frequência insultos e ameaças, e ainda 2 (2,56%) homens.

### Em certas ocasiões os seus comportamentos causam-lhe medo

**Tabela 20** – Cruzamento da variável comportamentos causam-lhe medo com a variável SEXO

|                            |                | Sexo     |           | Total |
|----------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                            |                | Feminino | Masculino |       |
| Comportamentos causam medo | Nunca          | 43       | 67        | 110   |
|                            | Alguma vez     | 18       | 10        | 28    |
|                            | Com frequência | 11       | 1         | 12    |
| Total                      |                | 72       | 78        | 150   |

**Gráfico 15** – Cruzamento das variáveis, comportamentos causam-lhe medo e a variável sexo



Ao analisarmos a tabela e o gráfico acima, podemos concluir que das 110 dos sujeitos inquiridos, 67 (85,9%) são do sexo masculino e 43

(59,72%) do sexo feminino, nunca sofreram este tipo de comportamento por parte dos seus cônjuges.

Contudo, é visível que 18 (25%) mulheres e 10 (12,82%) homens já o sentiram alguma vez, por parte dos seus cônjuges.

Quando se analisa se este tipo de comportamento poderá ser sentido com frequência, verificamos que existe um maior número de mulheres, 11 (15,28%) e 1 (1,28%) que já o sentiram, por parte do seu cônjuge, respectivamente.

Mais uma vez, a autoridade do sexo masculino é notória nos dados analisados. A mulher continua calada a submeter-se às vontades dos seus maridos, uma vez que estes têm um papel preponderante que influi, psicologicamente, na relação conjugal.

Pela avaliação observacional, podemos adiantar que alguns dos homens sofriam este tipo de comportamento, pois encontravam-se bastante debilitados e, por isso, necessitando de mais cuidados das suas esposas que acabam por os dominar e até mesmo maltratar.

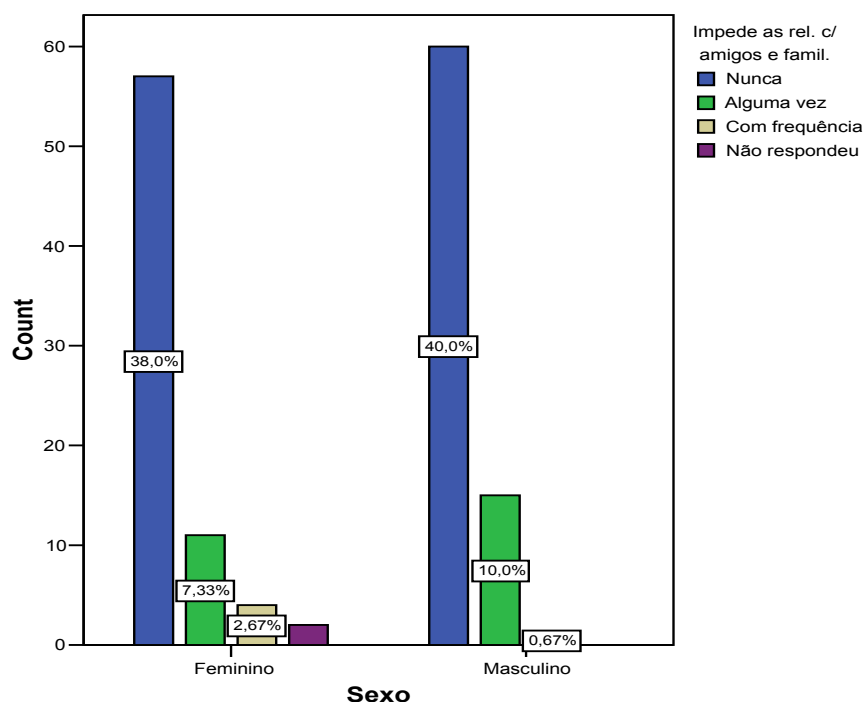
Tendo em conta que os maus-tratos psicológicos/psíquicos se podem subdividir em categorias, relativamente à subcategoria **isolamento social**, podemos constatar o seguinte:

**Dificulta ou impede de ter relações com a família, amigos/as, companheiros/as**

**Tabela 21** – Cruzamento das variável Impede as relações com os amigos e familiares e a variável sexo

|       |           | Impede as rel. c/ amigos e famil. |            |                |               | Total |
|-------|-----------|-----------------------------------|------------|----------------|---------------|-------|
|       |           | Nunca                             | Alguma vez | Com frequência | Não respondeu |       |
| Sexo  | Feminino  | 57                                | 11         | 4              | 2             | 74    |
|       | Masculino | 60                                | 15         | 1              | 0             | 76    |
| Total |           | 117                               | 26         | 5              | 2             | 150   |

**Gráfico 16** – Cruzamento das variáveis Impede as relações com os amigos e familiares e a variável sexo



Após a análise da tabela e do gráfico, constata-se que, dos inquiridos, 117 nunca estiveram sujeitos a este tipo de comportamento, sendo que 57 (38%) são do sexo feminino e 60 (40%) do sexo masculino.

Dos inquiridos que já sofreram este tipo de comportamento, por parte do seu companheiro, verificamos que, paradoxalmente, o sexo masculino ultrapassa o feminino, uma vez que 15 (10%) homens já o sofreram por parte das esposas, enquanto que só 11 (7,33%) mulheres o admitiram ter sofrido por parte dos seus cônjuges. Esta situação tem a ver com factores culturais onde os homens, quer no passado, ou nas idades mais avançadas (na actualidade), sempre tiveram mais possibilidade de sair da esfera privada para o espaço público (por ex. café), onde conviviam com outras pessoas, enquanto que a mulher, por norma, ficava em casa nas lidas domésticas.

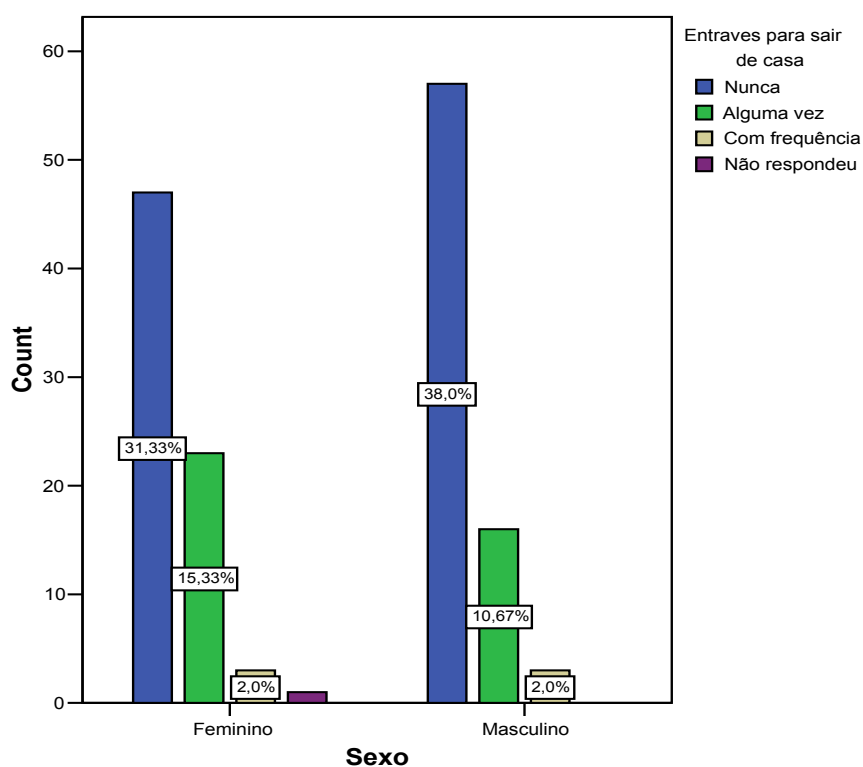
Contudo, a situação inverte-se, quando verificamos que, dos 5 inquiridos que estiveram com frequência sujeitos a este comportamento, 4 (2,67%) são do sexo feminino e 1 (0,67%) do sexo masculino.

### Coloca-lhe entraves para sair de casa....

**Tabela 22** – Cruzamento da variável Coloca-lhe entraves para sair de casa e a variável Sexo

|       |           | Entraves para sair de casa |            |                |               | Total |
|-------|-----------|----------------------------|------------|----------------|---------------|-------|
|       |           | Nunca                      | Alguma vez | Com frequência | Não respondeu |       |
| Sexo  | Feminino  | 47                         | 23         | 3              | 1             | 74    |
|       | Masculino | 57                         | 16         | 3              | 0             | 76    |
| Total |           | 104                        | 39         | 6              | 1             | 150   |

**Gráfico 17** – Cruzamento da variável Coloca-lhe entrave para sair de casa e a variável Sexo



Se analisarmos os dados acima, constatamos que, quando questionados sobre se o seu cônjuge lhe coloca entraves para sair de casa, os resultados são bem diferentes dos anteriores.

Verificamos que, de 104 inquiridos, 57 (38%) do sexo masculino e 47 (31,33%) do sexo feminino, nunca tiveram qualquer tipo de entrave nas suas saídas.

No entanto, quando se analisam os dados se alguma vez sofreram este tipo de comportamento, verificamos que 23 (15,33%) mulheres e 16 (10,67%) homens sofreram esse comportamento, por parte do seu cônjuge. Com frequência, são-nos dados a conhecer 3 (2%) sujeitos de cada sexo que sofrem este tipo de comportamento.

Contrariamente ao que acontecia no item anterior, as mulheres são as mais controladas, nas saídas, pelo seu cônjuge.

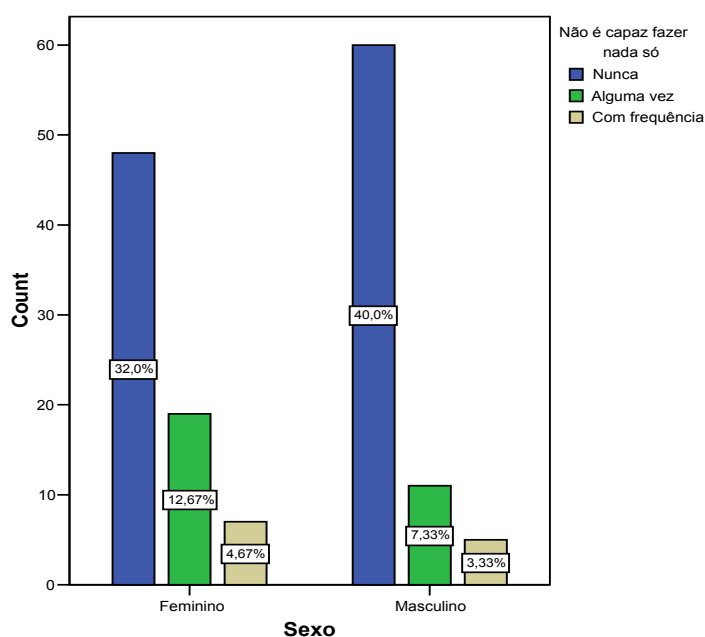
No que diz respeito à **Desvalorização pessoal** podemos verificar o seguinte:

### Diz-lhe que não é capaz de fazer nada sozinho/a

**Tabela 23** – Cruzamento das variáveis Não é capaz fazer nada só e a variável sexo

|       |           | Não é capaz fazer nada só |            |                | Total |
|-------|-----------|---------------------------|------------|----------------|-------|
|       |           | Nunca                     | Alguma vez | Com frequência |       |
| Sexo  | Feminino  | 48                        | 19         | 7              | 74    |
|       | Masculino | 60                        | 11         | 5              | 76    |
| Total |           | 108                       | 30         | 12             | 150   |

**Gráfico 18** – Cruzamento das variáveis Não é capaz fazer nada só e a variável sexo



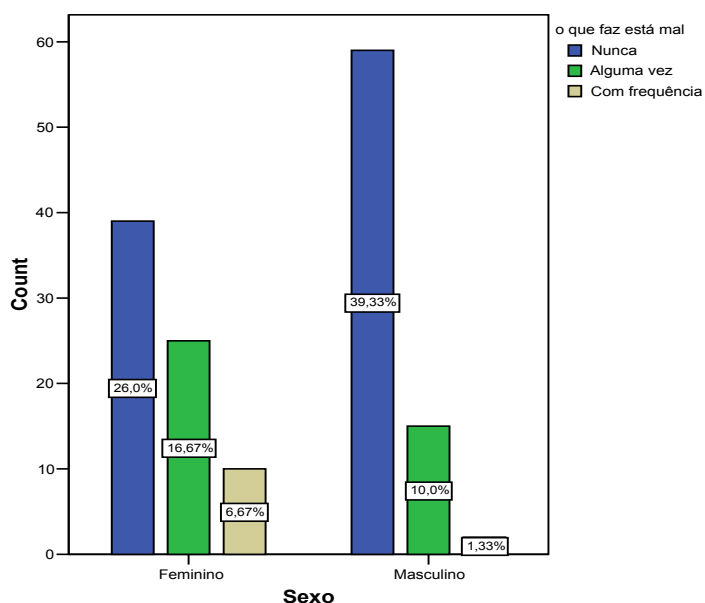
Com os dados expressos, constatamos que, mais uma vez, o sexo feminino é a maior vítima deste comportamento, pois manifesta ser maltratado, algumas vezes, 12,67% e 4,67% com frequência, ao contrário do sexo masculino que sofreu alguma vez 7,33% e, com frequência, 3,33%.

### Diz-lhe que as coisas que faz estão mal

**Tabela 24** – Cruzamento das variáveis o que faz está mal e a variável sexo

|       |           | O que faz está mal |            |                | Total |
|-------|-----------|--------------------|------------|----------------|-------|
|       |           | Nunca              | Alguma vez | Com frequência |       |
| Sexo  | Feminino  | 39                 | 25         | 10             | 74    |
|       | Masculino | 59                 | 15         | 2              | 76    |
| Total |           | 98                 | 40         | 12             | 150   |

**Gráfico 19** – Cruzamento das variáveis o que faz está mal e a variável sexo



Quando se pergunta se o cônjuge alguma vez ou com frequência **Disse que as coisas que faz estão mal**, reparamos que 16,67% e 6,67% respectivamente, das mulheres ouvem este tipo de comentário do seu marido. Contudo, os maridos também o escutam por parte das suas esposas, no entanto, em menor número, 10% algumas vezes e 1,33% com frequência.

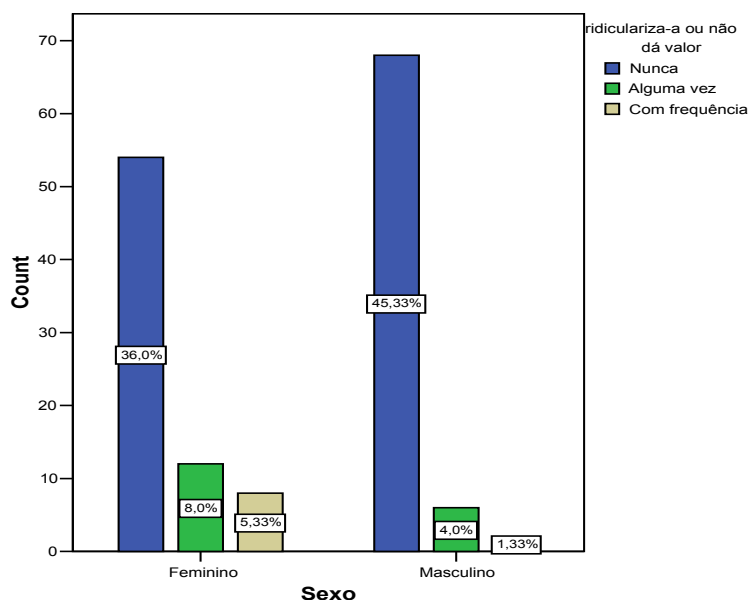
Alguns homens, com o objectivo de dominar a mulher, tentam fazê-lo, diminuindo-a, mostrando-lhe que elas são umas inúteis e que, por isso, é que o homem a tem que controlar. O homem necessita de fazer a manutenção da ordem doméstica ou exterior, por isso, este tipo de violência é reconhecida como legítima (Héritier, 2004).

### Diante da família, amigos/as, companheiros/as ridiculariza-a ou não lhe dá valor

**Tabela 25** – Cruzamento da variável Diante da família, amigos/as, companheiros/as ridiculariza-a/o ou não lhe dá valor, com a variável Sexo

|       |           | Ridiculariza ou não dá valor |            |                | Total |
|-------|-----------|------------------------------|------------|----------------|-------|
|       |           | Nunca                        | Alguma vez | Com frequência |       |
| Sexo  | Feminino  | 54                           | 12         | 8              | 74    |
|       | Masculino | 68                           | 6          | 2              | 76    |
| Total |           | 122                          | 18         | 10             | 150   |

**Gráfico 20** – Cruzamento da variável Diante da família, amigos/as, companheiros/as ridiculariza-a/o ou não lhe dá valor, com a variável Sexo



Diante da família, amigos/as e companheiros/as, a mulher continua a ser aquela que é mais ridicularizada ou não tem valor para o seu marido. Esta

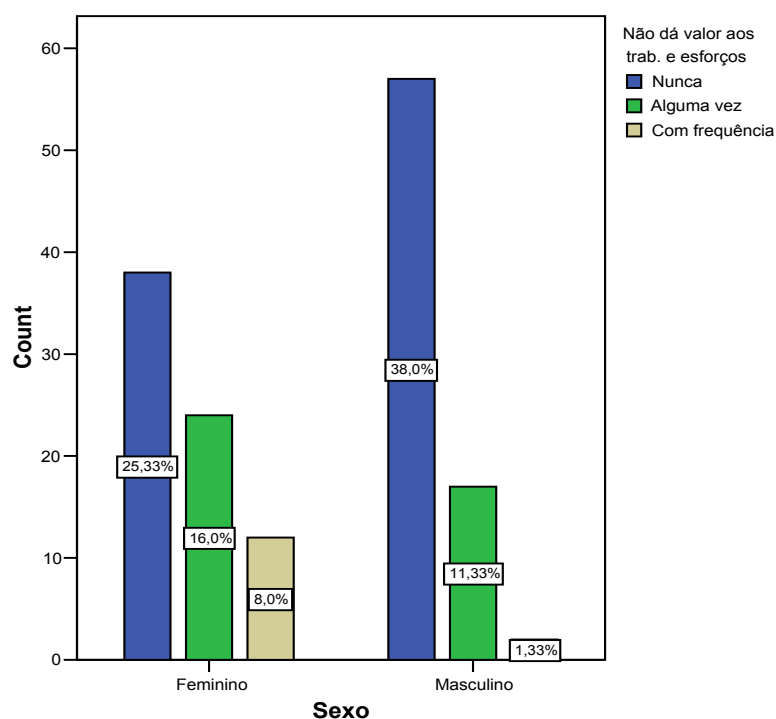
afirmação é confirmada se analisarmos os dados anteriores, pois 8% e 5,33% das mulheres, já foram alguma vez ou com frequência, vítimas deste comportamento por parte dos seus maridos. No entanto, o homem não é excepção pois, também se torna vítima, 4% (alguma vez) e 1,33% (com frequência).

### Não dá valor aos trabalhos ou esforços que realiza

**Tabela 26** – Cruzamento das variáveis Não dá valor aos trabalhos e esforços e a variável sexo

|       |           | Não dá valor aos trab. e esforços |            |                | Total |
|-------|-----------|-----------------------------------|------------|----------------|-------|
|       |           | Nunca                             | Alguma vez | Com frequência |       |
| Sexo  | Feminino  | 38                                | 24         | 12             | 74    |
|       | Masculino | 57                                | 17         | 2              | 76    |
| Total |           | 95                                | 41         | 14             | 150   |

**Gráfico 21** – Cruzamento das variáveis Não dá valor aos trabalhos e esforços e a variável sexo



A partir dos dados da tabela e do gráfico, podemos constatar que, de um total de 150 inquiridos, 16% das mulheres admitiram terem sido vítimas alguma



vez e 8% com frequência deste tipo de comportamento. Por sua vez, o sexo masculino também o sofreu alguma vez (11,33%) por parte do seu cônjuge e 1,32% com frequência.

Em relação à subcategoria do **controlo pessoal** podemos constatar que no que respeita a:

### **Controla-lhe os horários e pergunta pelas suas saídas**

**Tabela 27** – Cruzamento das variáveis Controla-lhe os horários e pergunta pelas suas saídas e a variável sexo

|       |           | Controla horários |            |                |               | Total |
|-------|-----------|-------------------|------------|----------------|---------------|-------|
|       |           | Nunca             | Alguma vez | Com frequência | Não respondeu |       |
| Sexo  | Feminino  | 48                | 19         | 6              | 1             | 74    |
|       | Masculino | 54                | 19         | 3              | 0             | 76    |
| Total |           | 102               | 38         | 9              | 1             | 150   |

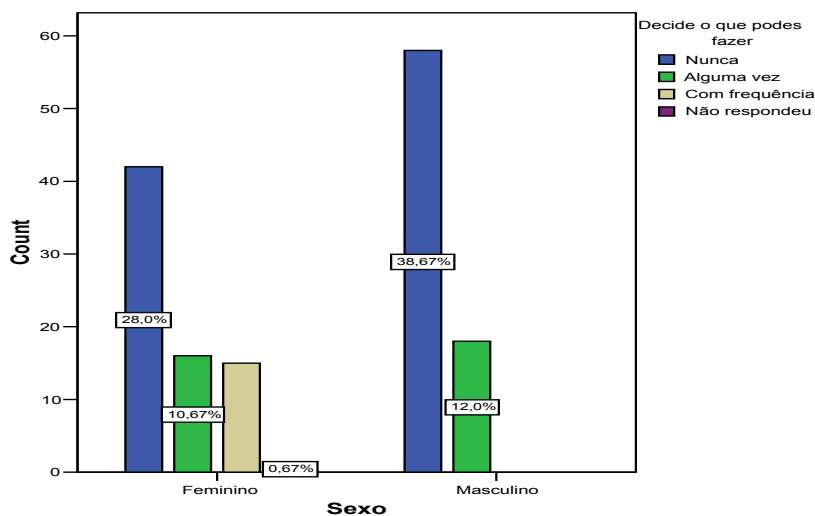
Pela primeira vez, da análise dos resultados, confirmamos a sua homogeneidade, visto que, tanto o sexo feminino como o masculino foram vítimas pelos seus cônjuges em percentagem semelhante (12,67%) no que respeita aos seus horários e saídas. Com frequência, as mulheres são mais controladas do que os homens, numa proporção de 4% para 2%, respectivamente.

### **Tenta decidir que coisas pode fazer**

**Tabela 28** – Cruzamento das variáveis Decide o que podes fazer e a variável sexo

|                          |                | Sexo     |           | Total |
|--------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                          |                | Feminino | Masculino |       |
| Decide o que podes fazer | Nunca          | 42       | 58        | 100   |
|                          | Alguma vez     | 16       | 18        | 34    |
|                          | Com frequência | 15       | 0         | 15    |
|                          | Não respondeu  | 1        | 0         | 1     |
| Total                    |                | 74       | 76        | 150   |

**Gráfico 22** – Cruzamento das variáveis Decide o que podes fazer e o sexo



No que diz respeito a esta variável, Decide o que podes fazer, podemos averiguar através dos dados expressos na tabela e gráfico, acima, que, do sexo feminino, foram vítimas, alguma vez, deste tipo de comportamento, 10,67%. Em contrapartida, os homens, foram vítimas, por parte das suas esposas, em maior percentagem (12%). É importante ainda salientar que o sexo feminino foi vítima deste tipo de comportamento, com frequência, em 15 das inquiridas.

Tendo em conta a subcategoria **abandono psicológico** podemos apurar que em relação a:

**Não tem em conta a sua opinião e não considera os seus pedidos**

**Tabela 29** – Cruzamento das variáveis Não conta a opinião nem os pedidos e a variável sexo

|                                    |                | Sexo     |           | Total |
|------------------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                                    |                | Feminino | Masculino |       |
| Não conta a opinião nem os pedidos | Nunca          | 37       | 66        | 103   |
|                                    | Alguma vez     | 23       | 9         | 32    |
|                                    | Com frequência | 14       | 1         | 15    |
| Total                              |                | 74       | 76        | 150   |

É de salientar, depois da análise da tabela, que 103 dos inquiridos, (37 do sexo feminino e 66 do masculino), nunca foram vítimas deste tipo de

comportamento, 32 (23 do sexo feminino e 9 do sexo masculino) já foram alguma vez e 15 foram, com frequência, (14 inquiridos femininos e 1 masculinos).

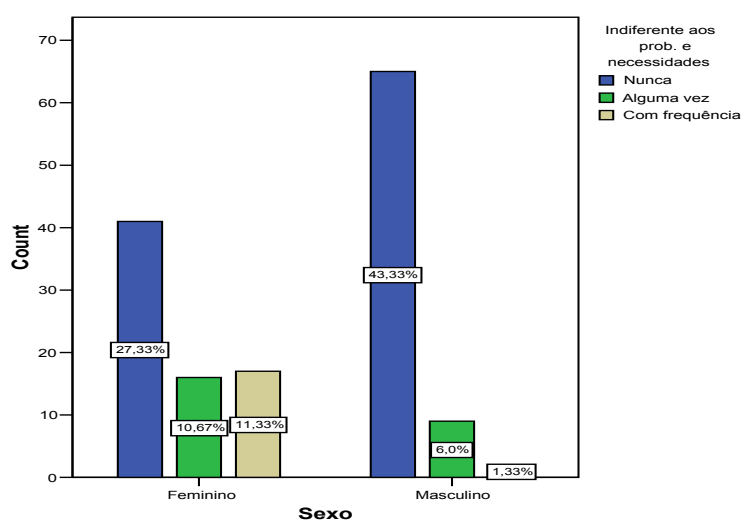
Por avaliação observacional, constatamos que o homem era normalmente, aquele que tudo decidia, sem ter em conta a opinião da sua mulher.

### Mostra-se indiferente perante os seus problemas ou necessidades

**Tabela 30-** Cruzamento da variável Indiferente aos problemas e necessidades com a variável sexo

|                                      |                | Sexo     |           | Total |
|--------------------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                                      |                | Feminino | Masculino |       |
| Indiferente aos prob. e necessidades | Nunca          | 41       | 65        | 106   |
|                                      | Alguma vez     | 16       | 9         | 25    |
|                                      | Com frequência | 17       | 2         | 19    |
| Total                                |                | 74       | 76        | 150   |

**Gráfico 23-** Cruzamento da variável Indiferente aos problemas e necessidades com a variável sexo



A partir da tabela e do gráfico, podemos verificar que, mais uma vez, o sexo feminino é aquele que sofre mais este tipo de comportamento por parte do seu marido, (16 (10,67%) afirmaram ter sofrido alguma vez e 17 (11,33%)

com frequência). O sexo masculino também nos dá conta de o ter sofrido, sendo que 9 (6%) afirmam ter sofrido alguma vez e 2 (1,33%) com frequência.

Como sabemos, as mulheres desta faixa etária têm, por norma, a convicção de que o casamento é algo que deve durar até à morte e que **o seu marido é o seu senhor**.

No que concerne à **desvalorização ideológica-religiosa**, verificamos que:

**Não respeita a sua ideologia política ou as suas crenças religiosas.**

**Tabela 31** -Cruzamento da variável Não respeita a ideologia política e crença religiosa com a variável sexo

|  |                | Sexo     |           | Total |
|--|----------------|----------|-----------|-------|
|  |                | Feminino | Masculino |       |
| Não respeita a ideol. pol. e crença rel. | Nunca          | 68       | 76        | 144   |
|  | Alguma vez     | 3        | 0         | 3     |
|  | Com Frequência | 3        | 0         | 3     |
| Total                                    |                | 74       | 76        | 150   |

A tabela anterior mostra-nos que só o sexo feminino sofreu este tipo de comportamento por parte do seu cônjuge, alguma vez 2% e, com frequência, também 2%. O sexo masculino nunca foi vítima deste tipo de comportamento por parte da esposa.

**Ironiza, ridiculariza a sua ideologia política ou as suas crenças religiosas**

**Tabela 32**-Cruzamento das variáveis Ironiza e ridiculariza a ideologia e crença religiosa e a variável sexo

|       |           | Ironiza e ridicul. a ideol. e crença rel. |            |               | Total |
|-------|-----------|---|------------|---------------|-------|
|       |           | Nunca                                     | Alguma vez | Não respondeu |       |
| Sexo  | Feminino  | 69  | 3          | 2             | 74    |
|       | Masculino | 75  | 1          | 0             | 76    |
| Total |           | 144                                       | 4          | 2             | 150   |

Ao cruzarmos a variável ironiza e ridiculariza a ideologia e crença religiosa com a variável sexo, verificamos que, dos inquiridos, o sexo masculino, só 1 sofreu alguma vez este tipo de comportamento, por parte da sua esposa. Dos inquiridos no sexo feminino, 3 sofreram alguma vez este tipo de comportamento, por parte do seu marido e 2 não responderam.

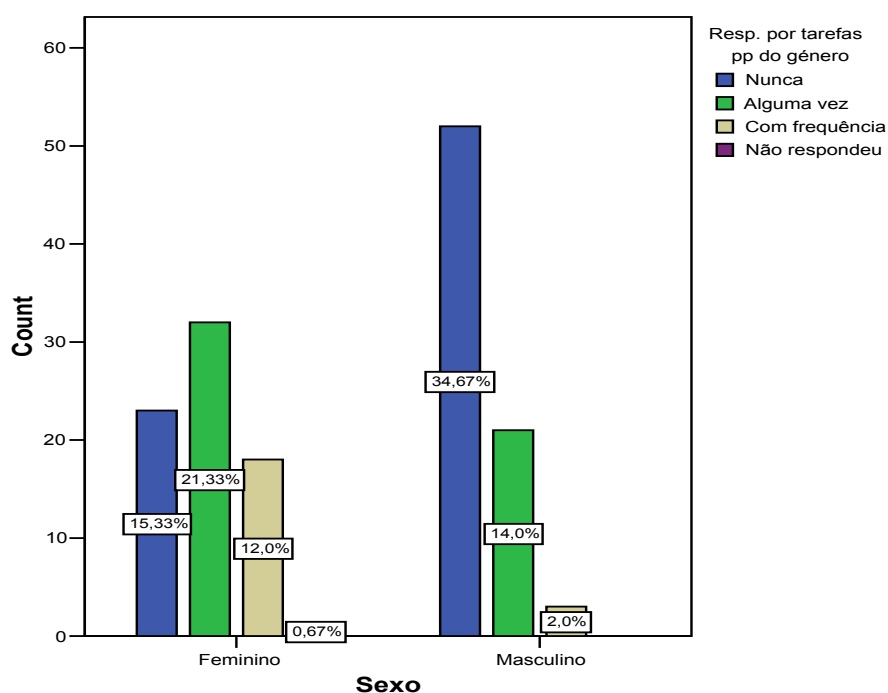
Em relação à subcategoria **abuso por actividades domésticas** podemos constatar que:

### Responsabiliza-a/o pelas “tarefas próprias do seu género”

**Tabela 33** – Cruzamento da variável Responsabiliza-o/a por tarefas próprias do género com a variável sexo.

|       |           | Resp. por tarefas pp do género |            |                |               | Total |
|-------|-----------|--------------------------------|------------|----------------|---------------|-------|
|       |           | Nunca                          | Alguma vez | Com frequência | Não respondeu |       |
| Sexo  | Feminino  | 23                             | 32         | 18             | 1             | 74    |
|       | Masculino | 52                             | 21         | 3              | 0             | 76    |
| Total |           | 75                             | 53         | 21             | 1             | 150   |

**Gráfico 24** – Cruzamento da variável Responsabiliza-o/a por tarefas próprias do género com a variável sexo.



Ao analisar os dados anteriores, verificamos que é importante para o homem responsabilizar a mulher por tarefas próprias do género, dado que 21,33% já foi responsabilizada alguma vez pelo seu marido e 12% com frequência. No caso do homem, 14% também já foi alguma vez responsabilizado e 2% com frequência.

Normalmente, este tipo de comportamento acontece em homens que “acreditam na família tradicional /patriarcal e na estrita divisão de papéis e de tarefas entre os sexos” (Dias, 2004:125)

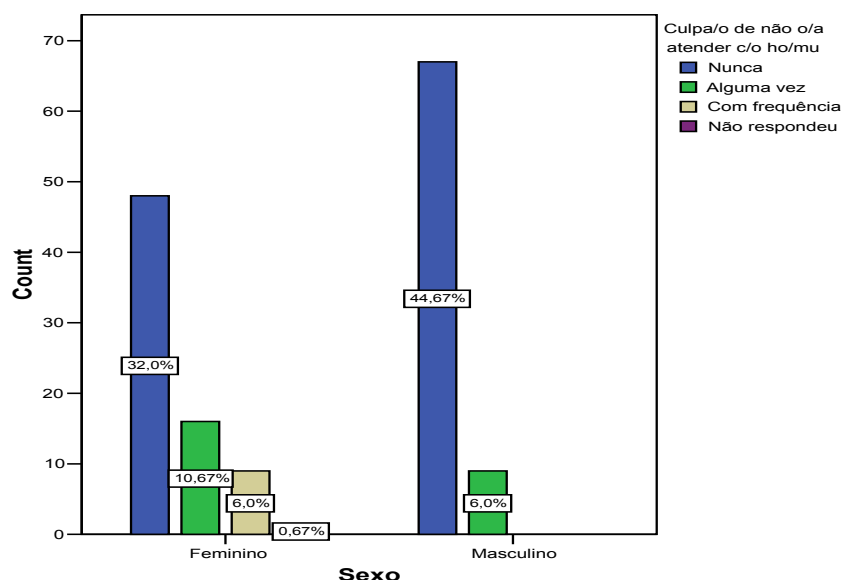
Devido a questões culturais, a mulher era responsável pela educação dos filhos e pelos trabalhos domésticos. Por sua vez, o homem só se dedicava ao seu trabalho e ainda poderia ajudar a mulher nos trabalhos no campo, caso tivesse disponibilidade. Daí que as tarefas fossem divididas (e não partilhadas) tendo em conta o sexo.

### **Culpa-a/o porque não o/a atende como deve fazê-lo uma mulher/homem**

**Tabela 34** – Cruzamento das variáveis Culpa-o/a de não o/a atender como homem/mulher e a variável sexo

|  |                | Sexo     |           | Total |
|--|----------------|----------|-----------|-------|
|  |                | Feminino | Masculino |       |
| Culpa/o de não o/a atender como homem/mulher | Nunca          | 46       | 69        | 115   |
|  | Alguma vez     | 16       | 9         | 25    |
|  | Com frequência | 9        | 0         | 9     |
|  | Não respondeu  | 1        | 0         | 1     |
| Total  |                | 72       | 78        | 150   |

**Gráfico 25** – Cruzamento das variáveis Culpa-o/a de não o/a atender como homem/mulher e a variável sexo



Ao analisar os dados anteriores, verificamos que, mais uma vez, o sexo feminino é a maior vítima. O homem mostra ter uma personalidade autoritária, tentando controlar tudo o que a sua esposa faz. Em 10,67%, já tentou alguma vez culpá-la de não o atender como homem e, em 6% das vezes, fê-lo com frequência. Com o homem também aconteceu alguma vez, com 6% dos inquiridos.

Neste tipo de situações, muitas vezes o homem manifesta-se, porque tem sentimentos de ciúme e de posse da sua mulher (Dobash & Dobash, 1992).

**Tabela 35** – Comparação de médias entre sexos/ maus-tratos psicológicos

| Sexo      | Mean    | N   | Std. Deviation |
|-----------|---------|-----|----------------|
| Feminino  | 24,1250 | 72  | 7,67645        |
| Masculino | 19,5128 | 78  | 4,06998        |
| Total     | 21,7267 | 150 | 6,47960        |

Da análise da tabela, podemos apurar, através da comparação de médias, que existem maus-tratos psicológicos em ambos os sexos, embora, como seria de esperar, o sexo feminino seja aquele que apresenta uma média

mais elevada e também é o grupo que sofre mais em silêncio. O homem apresenta, normalmente, uma postura autoritária e de dominação. Conseguindo, normalmente, desvalorizando tudo o que a sua companheira faz, fazendo-a parecer em algumas situações quase uma inútil, que não sabe ocupar o seu lugar como esposa.

Dyer et. al. (2000) demonstra que idosos com história de maus-tratos apresentam mais diagnósticos de depressão, assim como de demência, em comparação com idosos que não sofreram maus-tratos. É importante destacar que o idoso deprimido se isola, sem iniciativa para realizar as actividades da vida diária e, muitas vezes, é visto pela família como incómodo.

No que diz respeito aos maus-tratos económico/financeiro, podemos considerar a distribuição constante nas tabelas seguintes.

### Usa o seu dinheiro como se fosse seu

**Tabela 36**-Cruzamento das variáveis Usa o dinheiro como se fosse seu e a variável sexo

|                                  |                | Sexo     |           | Total |
|----------------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                                  |                | Feminino | Masculino |       |
| Usa o dinheiro como se fosse seu | Nunca          | 47       | 65        | 112   |
|                                  | Alguma vez     | 13       | 8         | 21    |
|                                  | Com frequência | 12       | 5         | 17    |
| Total                            |                | 72       | 78        | 150   |

Perante estes dados, podemos concluir que, dos inquiridos, do sexo feminino, 13 já sofreram alguma vez este tipo de comportamento e 12 com frequência. O sexo masculino, por sua vez, também é vítima deste tipo de comportamento, mas em menor número, visto que só 8 afirmaram ter sofrido alguma vez e 5 com frequência.

**É de salientar** que muitas destas mulheres só deixaram de ser vítimas deste tipo de comportamento por parte do seu marido, quando começaram a receber a sua reforma, pois ganharam, finalmente, a sua autonomia financeira.

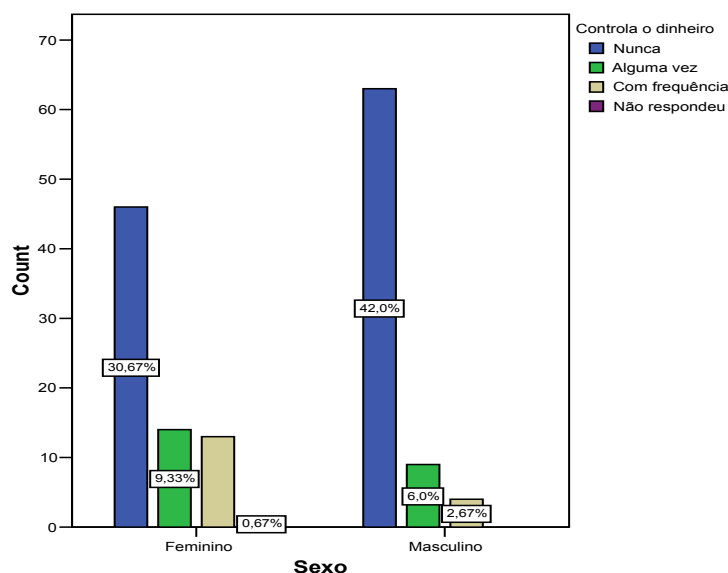


## Tenta controlar o seu dinheiro

**Tabela 37** – Cruzamento da variável Controla o dinheiro com a variável sexo

|                     |                | Sexo     |           | Total |
|---------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                     |                | Feminino | Masculino |       |
| Controla o dinheiro | Nunca          | 46       | 63        | 109   |
|                     | Alguma vez     | 14       | 9         | 23    |
|                     | Com frequência | 13       | 4         | 17    |
|                     | Não respondeu  | 1        | 0         | 1     |
| Total               |                | 74       | 76        | 150   |

**Gráfico 26** – Cruzamento da variável Controla o dinheiro com a variável sexo



Podemos constatar, depois da análise da tabela 38, que 26 das mulheres inquiridas são vítimas deste comportamento por parte do seu cônjuge, contra 14 do sexo masculino. Esta situação reflecte a situação de que os homens eram os únicos a receber um salário. O facto de existirem ainda 13 mulheres que dizem sofrer, com frequência, tem a ver com o facto de ainda continuarem a depender dos maridos, uma vez que, no passado, nunca fizeram descontos para a Segurança Social, o que as impossibilita de receber qualquer prestação social.

**Tabela 38** – Comparação de médias entre sexos/ maus-tratos económicos

| Sexo      | Mean   | N   | Std. Deviation |
|-----------|--------|-----|----------------|
| Feminino  | 3,0972 | 72  | 1,53053        |
| Masculino | 2,4615 | 78  | ,94926         |
| Total     | 2,7667 | 150 | 1,29748        |

Podemos concluir, no que respeita aos maus-tratos Económico/ Financeiro, através da comparação de médias, que existem maus-tratos em ambos os sexos. No entanto, é de salientar que o sexo feminino apresenta a média mais elevada. Estes comportamentos surgem pelas razões que enumerámos, mas pode acontecer que, embora a mulher seja detentora de uma prestação da Segurança Social, o marido, enquanto “senhor”, continue a controlar toda a economia familiar, levando a mulher a depender dele.

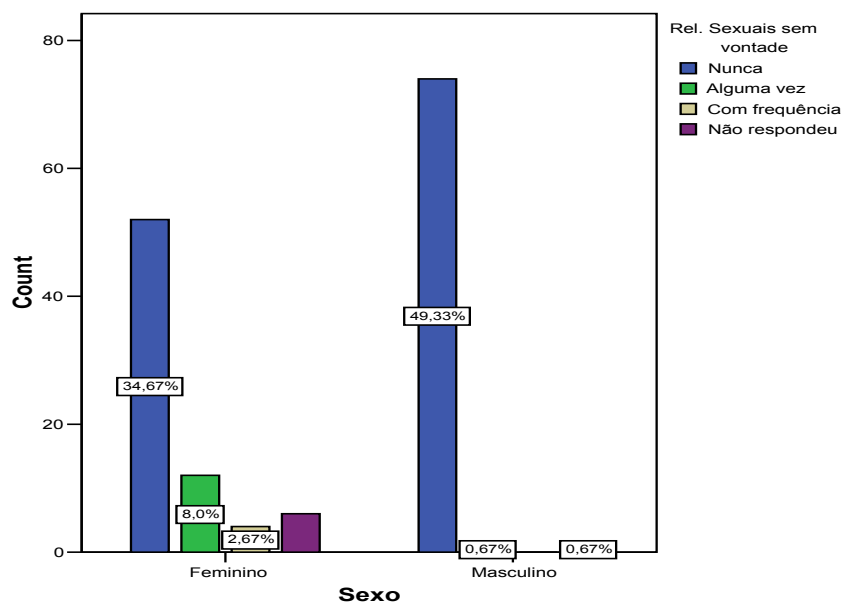
Para analisar os maus-tratos sexuais, temos que ter em conta os dados constantes nas tabelas seguintes.

### **Força-a a ter relações sexuais contra a sua vontade**

**Tabela 39** – Cruzamento da variável Relações Sexuais sem vontade com a variável sexo

|                          |                | Sexo     |           | Total |
|--------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                          |                | Feminino | Masculino |       |
| Rel. Sexuais sem vontade | Nunca          | 52       | 74        | 126   |
|                          | Alguma vez     | 12       | 1         | 13    |
|                          | Com frequência | 4        | 0         | 4     |
|                          | Não respondeu  | 6        | 1         | 7     |
| Total                    |                | 74       | 76        | 150   |

**Gráfico 27** – Cruzamento da variável Relações Sexuais sem vontade com a variável sexo



Salientamos que, do total dos inquiridos, 7 não responderam. Mais uma vez se salienta o sexo feminino, pois apresenta 4 inquiridos que sofreram este tipo de comportamento com frequência e 12 alguma vez.

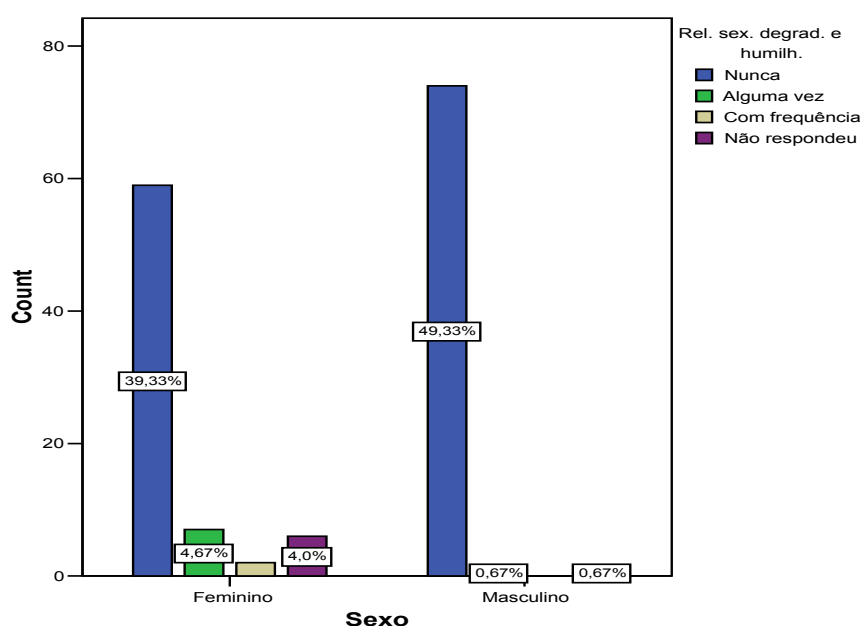
Podemos então concluir que, no casamento tradicional, existe a ideia de o marido ter direito ao corpo da sua esposa. Esta realidade vem de encontro ao que Finkelon & Yelo (1983:119) nos referem que, para muitos homens, “a licença de casamento é uma licença de violação”.

### Tenta manter relações sexuais degradantes ou humilhantes para si

**Tabela 40**-Cruzamento da variável Relações Sexuais degradantes e humilhantes com a variável sexo

|                             |                | Sexo     |           | Total |
|-----------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                             |                | Feminino | Masculino |       |
| Rel. sex. degrad. e humilh. | Nunca          | 59       | 74        | 133   |
|                             | Alguma vez     | 7        | 1         | 8     |
|                             | Com frequência | 2        | 0         | 2     |
|                             | Não respondeu  | 6        | 1         | 7     |
| Total                       |                | 74       | 76        | 150   |

**Gráfico 28** – Cruzamento da variável Relações Sexuais degradantes e humilhantes com a variável sexo



Ao analisarmos a tabela 41, verificamos que dos 150 inquiridos, 10 dos inquiridos foram vítimas deste tipo de comportamento, sendo que 9 são do sexo feminino (7 afirmam terem sofrido alguma vez e 2 com frequência) e 1 do sexo masculino, que nos diz ter sofrido alguma vez.

**Tabela 41** – Comparação de médias entre sexos/ maus-tratos sexuais

| Sexo      | Mean   | N   | Std. Deviation |
|-----------|--------|-----|----------------|
| Feminino  | 2,9306 | 72  | 1,73876        |
| Masculino | 2,1026 | 78  | ,71332         |
| Total     | 2,5000 | 150 | 1,36961        |

Podemos constatar, no que respeita aos maus-tratos sexuais, através da comparação de médias, que eles existem em ambos os sexos. No entanto, e como seria de esperar, o sexo feminino é aquele que apresenta uma média mais elevada (2,9) de maus-tratos.

Como mencionamos na nossa fundamentação teórica, só a partir da década de 70, do século XX, é que começou a existir um maior interesse por analisar este tipo de maus-tratos, entre cônjuges, pois, até então, era impensável falar de abuso sexual dentro do casamento. Tal pressuposto

baseava-se no modelo misógino, onde o homem é o chefe da família e o corpo da sua esposa é sua pertença.

Para analisar a síndrome de Munchausen, temos que ter em conta os dados constantes nas seguintes tabelas.

### **Administrou-lhe alguma substância para lhe causar dano ou doença**

**Tabela 42**-Cruzamento da variável Administrou substância para lhe causar dano ou doença com o sexo

|                                      |                | Sexo     |           | Total |
|--------------------------------------|----------------|----------|-----------|-------|
|                                      |                | Feminino | Masculino |       |
| Administrou subst. p/a causar doença | Nunca          | 72       | 75        | 147   |
|                                      | Alguma vez     | 1        | 1         | 2     |
|                                      | Com frequência | 1        | 0         | 1     |
| Total                                |                | 74       | 76        | 150   |

Dos inquiridos, verificamos que só 3 é que foram vítimas deste tipo de comportamento, por parte do seu cônjuge, 2, (1 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) foram alguma vez vítimas deste comportamento e só 1 do sexo feminino afirma ser com frequência.

### **Manipulou amostras de análises para lhe simular uma doença**

**Tabela 43** – Cruzamento da variável Manipulou amostras de análises para simular uma doença com a variável sexo

|  |       | Sexo     |           | Total |
|--|-------|----------|-----------|-------|
|  |       | Feminino | Masculino |       |
| Man. amost. de anal. p/a simul. Doença | Nunca | 74       | 76        | 150   |
| Total                                  |       | 74       | 76        | 150   |

É de salientar, pelos dados apresentados, que na população inquirida nenhum dos inquiridos sofreu este tipo de comportamento por parte do seu cônjuge.

**Tabela 44** – Comparação de médias entre sexos/ síndrome de Munchausen

| Sexo      | Mean   | N   | Std. Deviation |
|-----------|--------|-----|----------------|
| Feminino  | 2,0417 | 72  | ,26203         |
| Masculino | 2,0128 | 78  | ,11323         |
| Total     | 2,0267 | 150 | ,19888         |

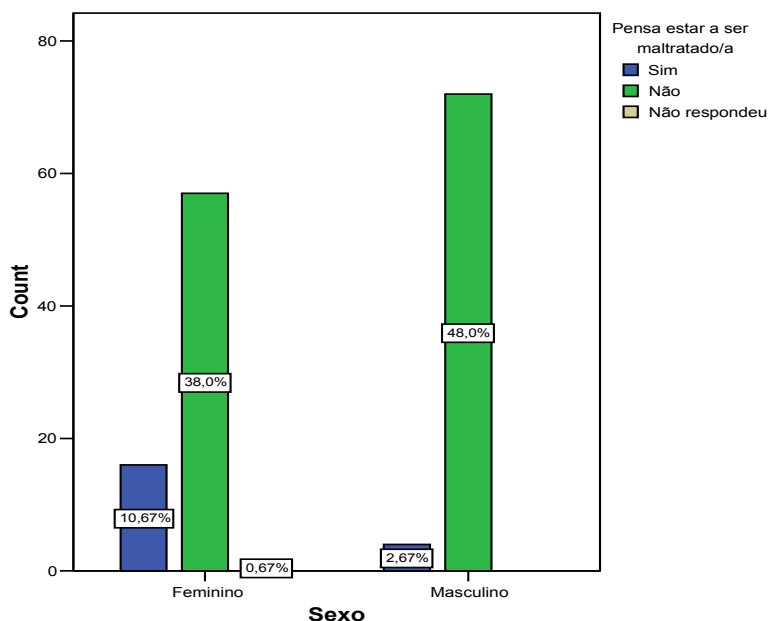
Podemos verificar, no que respeita à síndrome de Munchausen, através da comparação de médias, que existem maus-tratos em ambos os sexos, embora, o sexo feminino, apesar de pouco significativo, é aquele que apresenta uma média mais elevada.

Ao colocar a questão (Pensa que, na actualidade, está a ser maltratado/a?), obtemos os dados constantes na tabela 45.

**Tabela 45** – Cruzamento da variável Pensa estar a ser maltratado/a com a variável sexo

|                                |               | Sexo     |           | Total |
|--------------------------------|---------------|----------|-----------|-------|
|                                |               | Feminino | Masculino |       |
| Pensa estar a ser maltratado/a | Sim           | 16       | 4         | 20    |
|                                | Não           | 57       | 72        | 129   |
|                                | Não respondeu | 1        | 0         | 1     |
| Total                          |               | 74       | 76        | 150   |

**Gráfico 29** – Cruzamento da variável Pensa estar a ser maltratado/a com o sexo



Podemos apurar, através da análise da tabela 46 e do gráfico 26, que só 20 dos inquiridos consideraram ter sido maltratados no presente, 16 são do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Esta questão deve-se ao facto de os idosos estarem cada vez mais dependentes uns dos outros.

Ao colocar a questão (Pensa ter sido maltratado/a no passado?), obtemos os dados constantes na tabela 47.

### **Pensa ter sido maltratado/a no passado?**

**Tabela 46** – Cruzamento da variável Pensa ter sido maltratado/a com o sexo

|                             |               | Sexo     |           | Total |
|-----------------------------|---------------|----------|-----------|-------|
|                             |               | Feminino | Masculino |       |
| Pensa ter sido maltratado/a | Sim           | 24       | 3         | 27    |
|                             | Não           | 48       | 73        | 121   |
|                             | Não respondeu | 2        | 0         | 2     |
| Total                       |               | 74       | 76        | 150   |

Podemos concluir que 27 afirmaram terem sido maltratados no passado, 23 do sexo feminino e 4 do sexo masculino.

### **1.2 – Verificação das hipóteses**

A apresentação dos resultados obtidos às diversas questões permitiram-nos retirar e apresentar algumas conclusões pontuais. Contudo, importa, nesta fase, tendo presentes os dados, verificar as hipóteses, previamente formuladas, e, perante isso, apresentar as conclusões, retiradas através do trabalho realizado.

Para verificar a **hipótese 1** (Os maus-tratos fazem parte integrante da vida quotidiana dos idosos com serviço de apoio domiciliário), será utilizada a associação estatística entre duas variáveis (Percepção dos maus-tratos na actualidade e no passado) e o conjunto de todos os maus-tratos identificados.

**Quadro 56** – Associação estatística entre duas variáveis (Correlação)

|                 | Mt Físicos | Mt Sexuais | Mt Económicos | S.Munch. | Mt Psicológicos | MTratos | Mt Actualidade | Mt Passado |
|-----------------|------------|------------|---------------|----------|-----------------|---------|----------------|------------|
| Mtfísicos       | 1.0000     |            |               |          |                 |         |                |            |
| Mtsexuais       | 0.3978     | 1.0000     |               |          |                 |         |                |            |
| Mt Económicos   | 0.3987     | 0.4129     | 1.000         |          |                 |         |                |            |
| S. Munch.       | 0.2004     | - 0.0530   | 0.1304        | 1.0000   |                 |         |                |            |
| Mt Psicológicos | 0.6356     | 0.4457     | 0.5855        | 0.1319   | 1.0000          |         |                |            |
| MTratos         | 0.6986     | 0.5666     | 0.6988        | 0.1586   | 0.9777          | 1.0000  |                |            |
| Mt Actualidade  | 0.4621     | 0.3988     | 0.3762        | 0.0426   | 0.6157          | 0.6255  | 1.0000         |            |
| Mtpassado       | 0.6072     | 0.3648     | 0.327         | 0.0193   | 0.6327          | 0.6421  | 0.4836         | 1.0000     |

Nas variáveis apresentadas neste quadro, podemos concluir que existe uma relação linear positiva (0,6255) entre “Pensa que na actualidade está a ser maltratado” com os maus-tratos económicos, físicos, sexuais, psicológicos e síndrome de munchausen e ainda entre “Pensa ter sido maltratada no passado” e os maus-tratos económicos, físicos, sexuais, psicológicos e síndrome de munchausen (0,6421). Esta relação sugere que **os inquiridos têm a percepção de que foram vítimas de maus-tratos no passado** e que estes se mostraram, de forma continuada, no presente.

Para verificar a **hipótese 2** (As vítimas de maus-tratos são, maioritariamente, do sexo feminino), **hipótese 3** (As condições religiosas e económicas determinam os maus-tratos conjugais) e **hipótese 5** (As pessoas idosas estão conscientes de que sofrem maus-tratos) será feita uma relação de causa-efeito entre as variáveis, assumindo que a causa são as variáveis independentes (sexo, escolaridade do cônjuge, idade do inquirido, escolaridade do inquirido, religião, situação económica, idade do cônjuge, maus-tratos na actualidade e no passado) e o efeito é a variável dependente (o conjunto de todos os maus-tratos em estudo).



Os dados apresentados, no quadro seguinte, vêm ainda reforçar o que já foi afirmado, que os maus-tratos fazem parte integrante da vida quotidiana dos idosos com serviço de apoio domiciliário.

**Quadro 57 – Regressão linear**

| Mtrat                     | Especificação 1 |           | Especificação 2 |           |
|---------------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
|                           | Coef.           | Std. Err. | Coef.           | Std. Err. |
| <b>Sexo</b>               | -2.088002***    | 1.007463  | -2.243511***    | 1.162042  |
| <b>Esc. Conj.</b>         | .3550689        | .6274587  | .2328668        | .6204207  |
| <b>Idade</b>              | -----           | -----     | .108225         | .6234705  |
| <b>Escolaridade</b>       | -.1986548       | .2570947  | -----           | -----     |
| <b>Religião</b>           | .9044394        | 2.566624  | .8150423        | 2.571329  |
| <b>Situação económica</b> | -.6691295       | .634691   | -.5697045       | .6226707  |
| <b>Idade do cônjuge</b>   | -.3136909       | .3292073  | -.3619746       | .6075497  |
| <b>Mtrat Actualidade</b>  | 9.52026***      | 1.505032  | 9.454723***     | 1.506441  |
| <b>Mtrat Passado</b>      | 8.04513***      | 1.410127  | 8.136905***     | 1.408196  |
| <b>Cons.</b>              | 7.988199        | 3.832763  | 7.206305        | 3.702038  |
| <b>Num. Obs.</b>          | 150             |           | 150             |           |
| <b>F (6, 143)</b>         | 22.79           |           | 22.63           |           |
| <b>Prob&gt; F</b>         | 0.0000          |           | 0.0000          |           |
| <b>R – squared</b>        | 0.5639          |           | 0.5622          |           |
| <b>Adj R-squared</b>      | 0.5392          |           | 0.5373          |           |
| <b>Root MSE</b>           | 5.5187          |           | 5.5298          |           |

**Legenda:** \* P < 10; \*\* P < 05; \*\*\* P < 01

Da análise do quadro 57, constatamos que as variáveis, estatisticamente, significativas são o sexo e os maus-tratos na actualidade e no passado. Verificamos que existe uma relação entre o sexo e os maus-tratos,

cifrando-se a diferença entre homens e mulheres em -2, o que significa que o sexo feminino é mais elevado do que o sexo masculino. Este resultado sugere **que os maus-tratos diminuem, quando se trata do sexo masculino. Podemos então concluir que a maior vítima dos maus-tratos é o sexo feminino.**

É ainda sugerido que, no que se refere à percepção dos maus-tratos na actualidade (9.52026) e no passado (8.04513), existe uma diferença entre o Sim e o Não de 9.5 e de 8, o que significa que o primeiro tem um valor mais elevado do que o segundo. Este resultado leva-nos a concluir que **as vítimas têm consciência de terem sofrido maus-tratos no passado e de os continuar a sofrer na actualidade.**

No que diz respeito a saber se as condições religiosas e económicas determinam os maus-tratos conjugais, podemos constatar o seguinte:

- No que se refere à religião, é-nos sugerido que os inquiridos são todos da mesma religião; por isso os dados não são significativos e leva-nos a concluir **que a religião, neste caso, não determina os maus-tratos.**
- A situação económica dos inquiridos sugere **um aumento dos maus-tratos, sempre que se vai diminuindo a condição económica,** ou seja, quanto mais baixa se reflecte a situação económica do inquirido, mais este é vítima de maus-tratos.

## **2- UM OLHAR QUALITATIVO SOBRE OS MAUS-TRATOS CONJUGAIS**

A relação entre a conjugalidade e a violência, emergiu como uma questão importante na presente investigação. Tendo em conta as hipóteses do estudo, procuramos compreender a ocorrência de certos tipos de maus-tratos. Para operacionalizar os pressupostos, foi analisado um conjunto de indicadores relativos às formas de violência, e ao seu processo de constituição, ao longo dos tempos. Olhar de dentro a violência conjugal, implicou atribuir ao sujeito a “condição de autor da sua vida” (Gonçalves, 2000:19). Assumir esta premissa

implica olhar para o sujeito, não apenas como objecto, mas como produtor activo de conhecimento (Dias, 2004).

É de salientar que as histórias de vida descritas nesta investigação, dizem respeito só a mulheres, visto que os homens se recusaram a falar sobre o tema. Muitas vezes, são razões culturais, e até mesmo vergonha, que levam estes homens a não assumirem os maus-tratos de que são vítimas. Porém, ao olharmos para os dados quantitativos, chegamos à conclusão de que o homem, por vezes, também é vítima de maus-tratos.

Esta falta de informação, é uma das condicionantes desta investigação.

Tendo em conta a validação da primeira, quarta, e quinta hipóteses, procuramos compreender de que modo as características, de certas formas de conjugalidade, as tornam mais ou menos propensas à ocorrência de certos tipos de maus-tratos. Assim, para a sua operacionalização, foi analisado, um conjunto de indicadores relativos às formas de conjugalidade e ao seu processo de constituição.

## **2.1- Do Namoro ao Casamento**

Ao contrário do que acontecia na família tradicional, onde o casamento era planeado pelos pais, que o viam como um contrato, onde prevalecia o dinheiro, as propriedades rurais e/ou o reconhecimento social (Skynner & Cleese, 1990:17), actualmente, “o amor e a felicidade tornaram-se centrais.” (Dias, 2004:45).

A escolha do cônjuge depende apenas da livre decisão dos indivíduos, sendo o amor a única razão legítima da união (Bozon, 1992). Contudo, foi tardia a afirmação de casamento por amor. Muitas vezes, as pessoas casam, por razões onde o amor ainda não tem o lugar central, como podemos constatar em alguns dos seguintes casos. Embora sendo uma prática ainda recente e em constante mudança, o namoro constitui um patamar a partir do qual se passa do estado de solteiro para o de casado (Gelles, 1995:173-176).

Apesar das diferentes situações, todas as inquiridas referem a sua experiência de namoro, com aquele que foi ou é seu marido. Mencionam ter casado, sem se conhecerem verdadeiramente, porque sofreram algumas

influências de familiares, “namorámos pouco tempo, porque eu trabalhava numa casa (...) e a mãe dele trabalhava às horas em casa dos meus patrões (...) passava a ferro, fazia limpezas e começou logo (...).

Por sua vez, Ana, por causa do mau estar gerado na sua família, devido ao segundo casamento de sua mãe, teve que optar por casar cedo. Casou com um rapaz vizinho, colega de escola, que “andou atrás de mim até aos meus 17 anos,” idade em que casou.

Jacinta, como gostava muito de dançar e cantarolar, foi a uma festa da região onde conheceu o rapaz com quem viria a casar, “ele falava muito caro (...) mandava-me sempre cartas, mas cartas bonitas (...) escreveu um livro desde que começou a namorar para mim até à última, tudo como devia ser e depois acabou e (...) olhe. Após dois anos de namoro, Jacinta casou, sabendo, desde logo, “que não queria casar ainda, pois queria era gozar, mas ele não sabia dançar e não queria que eu fosse para os bailes”.

Marília também conheceu o seu actual marido na casa de lavradores. Começou a namorar com 20 anos, durante 7 anos. No período de namoro o casal nunca teve desavenças.

Entre as entrevistadas, é comum a representação de que durante o namoro, os conflitos eram simultaneamente, menos frequentes e graves. Para Eva, o namoro “era falar, às vezes amuava (...) era bom para mim. Às vezes tínhamos uns arrufos de namorados, como todos os namorados têm”. Recorda que o seu marido, durante o namoro, “era brincalhão”. O casamento de Eva, ao contrário do que era natural, não foi consentido pelos pais. Apesar dos concelhos da família, Eva gostava do namorado e casou. Lembra que o pai não queria que ela casasse, porque o seu futuro sogro “gostava muito de mulheres”.

A este propósito, Amália refere que foi no seu trabalho que conheceu o homem com quem viria a casar, mas não ficou logo atraída por ele, visto que vestia uma gabardina que não lhe agradava. Refere que já estava na “idade de namorar” e tinha de escolher um namorado, entre o actual marido e outro rapaz, que a interceptava sempre que a via. Recorda, em tom de graça, “estava o rapaz e eu cheguei lá e fiquei morta, porque o outro vinha a mais eu, o meu marido, o da gabardina, e o outro rapaz agarrou a bicicleta e meteu-a ao meio, até que se pegaram e o meu marido bateu nele e ele bateu no meu

marido, e foi uma borgia. (...) mas, depois, ele veio até minha casa e lá começámos a namorar”. Amália lembra que o marido, na altura, era um “bom rapaz, humilde, respeitador” e ainda o “mais bonito”.

## **2.2- O início da vida conjugal**

O casamento representou, para as entrevistadas, o contexto adequado para a realização dos projectos, que tinham durante o namoro. Devido às dificuldades sentidas, no início do casamento, optaram por viver perto dos pais. A este propósito, Amália refere “tive logo o meu fogãozinho (...) um bocadinho de tudo. Por sua vez, Jacinta refere que continuou a morar perto dos pais, trabalhando para eles nos campos, tal como o seu marido.

Eva, por sua vez, deixou os seus pais e foi trabalhar na lavoura com os sogros, tal como Ana e Rute.

Ana lembra que casou com o seu marido por amor. O facto de ser muito jovem e de o amar fez com que não percebesse alguns pormenores preocupantes, tais como ele beber em excesso. Pensava serem situações ocasionais, mas mais tarde percebeu que era o dia a dia. “Olhe, arranjei um homem alcoólico, que eu não sabia, ele dizia que era alcoólico! Mas pronto (...) eu não acreditava porque ele nunca me cheirou a álcool.”

Marília, refere que durante o namoro, nunca teve desavenças com o seu marido; no entanto, depois de casarem, os maus-tratos psicológicos, emocionais e físicos apareceram.

Eva recorda que o seu marido, após o casamento, “mudou” e que “se fosse hoje, não voltava a casar com ele”, pois o seu casamento transformou-se numa cruz, tal como o de Amália que nos diz “não tem maravilhas para contar.”

Enquanto morou perto dos seus pais, Jacinta nunca teve problemas conjugais; só a partir do momento em que se mudou para a terra do marido, é que se começaram a manifestar as agressões físicas e verbais.

Rute principiou a ter problemas no seu casamento, quando começou a perceber que o seu marido não queria trabalhar, para sustentar a família. Além desta situação ele também bebia e ainda bebe, segundo ela.

Ana também associa os maus-tratos, que sempre sofreu, ao consumo de álcool, por parte do seu marido. “ A família dele era toda alcoólica, desde a avó, as minhas cunhadas não é tanto, mas a avó e a minha sogra (...) ela enchia-lhe o biberão. Não havia nessa altura! Era uma garrafa de vinho branco, com açúcar quente, e embebedava as criancinhas que elas ficavam a dormir todo o dia, e o meu marido era o mais alcoólico de todos”. Esta refere que as agressões começaram por razões financeiras, (...) foi desde as faltas de dinheiro, pois tinha de haver para o álcool e não havia pra tudo e depois era um filho por ano que eu tinha”.

Amália relembra que sempre teve discussões com o marido, e afirma que, “casa que não é ralhada não é governada”. Desde o momento em que se casou apercebeu-se de que o marido era “uma pessoa que nunca deu carinho a ninguém”, “não anda aos beijos, nem é de muito abraços, nem para os filhos nem para mim”. Após o seu regresso da França, onde esteve emigrado, durante 11 anos, começou a beber e a agredir Amália.

Podemos verificar que estas mulheres não eram só vítimas de violência física e psicológica, mas também de violência económica, como nos refere Ana “no dia do pagamento, ele era a primeira pessoa a me levar o dinheiro e gastava-o todo naquela noite. A minha falecida mãe é que me matava a fome aos meus filhos muitas vezes (...)”.

### **2.3- A violência conjugal**

Como já verificámos, a violência conjugal ocorre, a maior parte das vezes, por causa do alcoolismo do marido.

Ana refere, que, no início do casamento, morava com a sogra, que agravava o mau relacionamento entre o casal. Conta-nos que a sua sogra “também apanhava-se com o álcool, eram os dois (...) ela, pronto, bebia e tudo mais, mas não era violenta (...) o pior era o meu homem que, com o álcool, batia-me sempre”. Por sua vez Amália, conta que o marido a começou a agredir a partir do momento que regressou da França, começou a beber desde que a sua filha mais velha começou a namorar. Recorda, “uma vez a minha filha mais velha queria ir à Discoteca, mas ele não queria (...) encontrou-a pelo

caminho (...) chegou logo a casa e já não vinha sozinho, vinha com o vinho (...) a minha filha foi de caminho: Ó pai não batas à mãe! E ele: É por tua causa”. Para Ana, o alcoolismo do marido não só estava na origem do seu comportamento violento, como ainda do seu absentismo profissional. Justificava as reacções violentas do marido, devido ao facto de o chamar à atenção, em relação ao trabalho e ao dinheiro. Rute relembra que o marido, apesar de ser sapateiro, “não ia trabalhar todos os dias (...) fazia um parzito ou dois e aquilo lá dava qualquer coisita para uma temporadazita e, pronto, já estava (...) é muito malandro (...)”.

O costume de frequentar o “café” era muito comum nesta população. Rute mais uma vez recorda “ (...) vai à noite para o café e está toda a tarde a dormir”. Assim, Rute evidencia o seu desagrado, pois “o trabalho nunca o afligia”. Marília, conta: “ia trabalhar e chegava tarde a casa (...) às 2 horas, 3 horas, 4 horas da manhã, consoante ele lhe dava na cabeça”.

No âmbito dos problemas conjugais, também se encontram alusões aos ciúmes e à suspeita de infidelidade, como é o caso de Marília “ele andava com certeza com amigas (...) ele nunca me disse que tinha amigas, eu não via, mas desconfiava (...) era quanto havia, mas olhe que não ficava nenhuma coisa atrás, era tudo, tudo, tudo, tudo (...) era do piorio (...) ele não chamava nomes nem chamava nada, ia prá cama e era normal”.

Jacinta relembra com grande tristeza, um episódio da sua vida onde o marido a agrediu física e psicologicamente “ (...) só uma vez é que fui a uma desfolhada que o meu falecido pai fez e foi lá uma borga (...) lembro, aqui na cabeça. Ele bateu-me como uma rameira do pinheiro porque eu (...) era para vir mais cedo e vim mais tarde e olhe, sabe Deus!”

Eva revela que o seu marido nunca lhe bateu. Os maus-tratos de que sofre são a nível psicológico.

A violência conjugal também ocorria na família de origem do agressor. Rute associa o carácter violento do marido, pelo facto de ter “maus instintos” relacionados com a família de origem, pois mencionava que “ele era mau de si (...) o pai, a mãe (...)”, tal como Jacinta que nos diz que o seu marido foi afectado pelas agressões, entre os seus pais, desde criança.

Eva associa os maus-tratos do marido aos traumas de guerra, e ainda à socialização familiar (...) “os meus sogros foram os culpados”.

## **2.4- A relação parental**

A violência, que se fazia sentir nestas famílias, poderá levar à reprodução desses comportamentos por parte dos filhos, pois estes, na maior parte dos casos, foram telespectadores e vítimas da violência entre os seus pais.

Rute recorda que os seus dois filhos foram também vítimas de violência, por parte do seu pai/marido, e, com grande tristeza, refere que nem sequer reagia, porque “senão levava”. Amália, por sua vez, diz-nos que o seu marido a violentava em frente aos seus filhos. Só conseguiu que deixasse de acontecer quando o seu filho mais velho cresceu, e, relembra” ele começou a querer molhar a sopa, mas o meu rapaz já estava crescido e, enquanto (...) era criança, aquilo corria mal, mas depois (...) metia-se ao meio e já não me batia, nunca ameaçou o pai nem nada, mas encostava-o à parede.”

Ana refere que os seus filhos eram vítimas secundárias, “ (...) era violento também para os filhos, era muito violento, ele batia era com a correia, a correia do lado da fivela, ele batia muito nos filhos”. Ao contrário de Rute, Ana conta que se metia para defender os seus filhos e “ainda levava mais”.

Jacinta, pelo contrário, recorda satisfeita que a violência nunca afectou os filhos, dado que o seu marido “era amigo e para a filha, então”. Marília refere que o seu marido não batia nos seus filhos, insultava-os.

Em resumo, as entrevistadas consideram que a sua relação com os filhos era afectiva e comunicativa. No entanto, como já verificámos com os cônjuges, não estava desprovida de violência, dado que estes batiam sempre que estavam alcoolizados, sem nenhum motivo aparente.

## **2.5- A violência e a sua percepção por parte de terceiros**

Ana refere que, agora, tem consciência que os seus vizinhos se sentiam revoltados com a violência, a que assistiam. Na altura, não via nas atitudes dos vizinhos, um apoio e um alerta, pelo facto de ser vítima de violência, mas antes “um desvio ao seu sagrado casamento”. Ela só lhes dizia “não me destruam o



meu casamento, Deus uniu e só Ele há-de separar”. Ana confessa “ (...) para mim, quanto mais ele me batia mais eu gostava dele (...).

Refere que as agressões físicas só aconteciam em casa. “À frente de outras pessoas, era violento só de fala (...)”. Rute, por sua vez, conta que, o marido “batia-me quando tinha vontade (...) sempre em casa e à maneira de ninguém dar por ela (...). Rute tentava sempre que as pessoas não percebessem, a sua única confidente era a sua mãe, ao contrário de Amália, Jacinta e Eva que nunca partilharam com ninguém. Jacinta relembra que “teria sido um desgosto para os seus pais terem conhecimento da situação”.

Ao contrário das restantes entrevistadas, Marília sofria de maus-tratos em qualquer contexto, em frente de “quem fosse”.

## **2.6- Conclusão**

Os resultados que, até aqui, temos tratado e analisado, permitem-nos classificar os nossos entrevistados, segundo os modelos de conjugalidade que, discursivamente, veiculam.

Assim, deduzimos que, entre eles, permanece um certo conservadorismo ao nível da conjugalidade, isto é, constatamos que os entrevistados se situam num pólo mais tradicional.

Importa, então, demonstrarmos as dimensões em que estes traços se manifestaram.

Iniciando pelo namoro, observamos que todas as inquiridas tiveram experiências de namoro moderadas. Mencionam ter namorado, durante pouco tempo, à excepção de Marília, que namorou durante 7 anos.

O namoro, com o actual marido, foi o mais sério, pois resultou em casamento, apesar da maior parte das inquiridas referirem que os actuais maridos foram o primeiro e único namorado. Este facto revela a vigência, nestes meios sociais, de certas normas de controlo e regulação do namoro.

Independentemente da forma como o namoro foi encarado, estas mulheres valorizam diferentes factores na escolha do cônjuge. Orientaram as suas escolhas, em função de factores estéticos e da proximidade

socioprofissional. É importante referir que, algumas orientaram as suas escolhas, tendo como base o sentimento amoroso.

Tudo isto reflecte uma associação das entrevistadas, no processo de escolha do cônjuge, quer às características tradicionais (por exemplo qualidades de trabalho), quer a traços modernos (por exemplo o sentimento amoroso) que, contudo, não tiveram tradução plena, na forma de conjugalidade construída pelo casal.

Nesta fase, os conflitos foram admitidos por uma das entrevistadas, tendo como causa o ciúme.

O casamento aconteceu, como um espaço privilegiado para a realização de projectos, e de constituição de família. A pretensão de constituir família deveu-se ao facto de, nas famílias de origem haver bastantes dificuldades económicas, e de começarem as suas actividades profissionais, muito cedo.

A análise e divisão das tarefas domésticas, das responsabilidades e do poder de decisão, constituem outros domínios, em que foi possível observar a presença das referidas formas de conjugalidade. A realização dos trabalhos domésticos continua a ser uma tarefa exclusiva do sexo feminino. As mulheres colaboram, ainda, nas actividades profissionais do marido (no caso da agricultura). Porém, todas elas têm, ainda, uma actividade remunerada, da qual fazem descontos para a segurança social. Estes factos revelam, por um lado, uma identidade profissional e, por outro, a demarcação da figura exclusiva de doméstica. De igual modo, a educação dos filhos sempre foi da responsabilidade feminina, dado que os cônjuges colaboram, muito pouco, nos seus cuidados. O marido, muitas das vezes, nem se preocupava em arranjar um meio para sustentar a sua família. Trabalhavam o essencial para fazer face aos seus vícios (por exemplo álcool), sendo que a mulher é que tinha de se preocupar com tudo o que se relacionava com os filhos. Os avós (nomeadamente, a avó tentavam ajudar as suas filhas, no sustento dos seus netos.

O poder de decisão é atribuído ao homem, com vista a manter a sua posição de dominação. As mulheres, tal como os seus filhos, são vítimas de violência doméstica, nomeadamente ao nível físico e psicológico. No entanto, o respeito que têm pelo marido traduz-se num dever de obediência.

É importante referir que, estas mulheres dão muita importância ao casamento religioso, chegando mesmo a afirmar que “Deus uniu e só ele há-de separar”.

Importa ainda lembrar, que os desentendimentos existentes, na relação conjugal, prendem-se com questões relacionadas com o consumo excessivo de álcool e com a abstinência ao trabalho.

Por fim, as dimensões acima apresentadas, sob a forma de síntese dos principais resultados, apresentados no presente capítulo, revelam-nos que as nossas entrevistadas passaram por um certo conservadorismo, ao nível matrimonial e por modelos de conjugalidade. Inscrevem-se num quadro de um matrimónio sexualmente diferenciado, e de subordinação feminina.

*“ (...) Na cabeça. Ele bateu-me com uma rameira de Pinheiro porque eu fui para casa dos meus pais e era para vir mais cedo e vim mais tarde (...) era mauzito, só queria trabalhar! (...) ainda fazia pouco de quem ia passear.”*

### **Percurso Biográfico**

Há 72 anos nasceu Jacinta, numa freguesia rural do concelho de Vale de Cambra. Filha de pai resineiro e mãe agricultora, Jacinta não teve uma infância fácil, de maneira que cita que *“passava mal, às vezes até comia um bocado de leite já sem natas, com broa”*.

Sendo a mais velha de três irmãos e com a infelicidade de sofrer de graves crises de bronquite asmática, Jacinta não completou o exame da terceira classe, recordando, com saudade, os tempos em que caminhava pelos “montes” para levar o farnel ao pai: *“Eu, uma vez, perdi-os e não os achei e vim outra vez com o jantar embora. Berrava, berrava por aqueles montes fora (...) lá para Pintalhos! Aquilo era tão longe e, uma vez, vi uma cobra tão grande, tão grande que não sei como é que não deixei cair o jantar. Ai Jesus! Era só pedregulhos, e eu andava descalça”*. Para além destes afazeres, Jacinta trabalhou no campo e relembra também a árdua tarefa de: *“acartar uma nata, que era a manteiga do leite (...) com 30 quilos à cabeça até lá cima. De Inverno e a saraiva a cair-me na cara para ganhar 120 escudos por mês”*.

Como gostava muito de dançar e “cantarolar”, foi numa festa da região, que conheceu o rapaz com quem viria a casar: *“a pé, tudo a pé (...) à vinda (...) levava uma bonequita para a minha irmã e ia a cantarolar sozinha e os meus pais vinham mais atrás (...) Ele falava assim muito caro, o meu homem (...) “Olhe que lhe sobe o sangue à cabeça da boneca”, eu ia com ela assim na mão (virada de cabeça para baixo) e ele começou a entrar comigo e eu: “Não sobe nada!” (...) mandava-me sempre cartas, mas cartas bonitas e a minha filha ainda as tem. Escreveu*

***um livro desde que começou a namorar para mim até à última, tudo como devia ser e depois acabou e... olhe!*** Embora não tenha sido o único namorado, foi com este que ela mais “engraçou”.

Após dois anos de namoro, Jacinta casou, sabendo, desde logo, que ***“não queria casar ainda, pois queria era gozar, mas ele não sabia dançar e não queria que eu fosse para os bailes. Mas estás muito enganado! (...)”***. Contudo, recorda que, neste período, o seu marido era muito dedicado, mas nos ***“princípios de casamento”*** foi ***“uma desgraça”***, pois este passou a proibi-la de frequentar as festas de que tanto gostava.

Apesar de o marido não ter as mesmas afinidades que Jacinta, não se arrependia de se ter casado com o homem que a chegou a agredir algumas vezes.

### **A vida conjugal e os maus-tratos**

Os pais de Jacinta sempre consentiram o seu namoro, na medida em que o falecido pai até perguntou à mãe: ***“ Quem é aquele?”*** E ela respondera: ***“ É dos lados da vila!”*** E desde então, ***“começou a engrajar com ele”***.

Jacinta continuou a morar perto dos pais, trabalhando para eles nos campos, tal como o marido e, apesar da família não querer o afastamento, Jacinta mudou-se para a freguesia do marido, tendo em vista a construção de uma casa para constituir família. No período em que residiu perto dos pais, Jacinta não teve problemas conjugais. Mas, a partir do momento em que se mudou para a terra do marido, as agressões físicas e verbais para sua infelicidade, manifestaram-se. Hoje relembra que os seus avós ***“começaram a chorar”***, porque ***“era só pinheiros de um lado e de outro (...) e lá, era solzinho de manhã à noite e, aqui, é uma miséria, só dá sol de tarde”***.

Um ano após ter casado, Jacinta ficou grávida do primeiro, rapaz e, pouco depois, de uma rapariga. Recorda, com tristeza, que ***“não tinha nadinha, não tinha uma camisa de dormir e nem uns chinelos sequer!”***.

Quando se recorda da construção da casa, Jacinta relembra que: *“já sofria e ainda fiquei pior, daí para cá foi sempre uma desgraça. A casa não tinha forro, não tinha nada e, depois, chovia aquela chuvinha miudinha em cima da cama da gente”*. E para melhorar a sua vida, porque aos poucos ficara endividada, emigrou para França. Jacinta ainda esteve oito anos emigrada, junto com o marido e, neste período, afirma que não tinham problemas de violência doméstica. Apenas lhe não agradava o clima e o facto de estar afastada dos filhos.

Os filhos ficaram com os avós e, foi por causa das saudades que Jacinta regressou a Portugal: *“dava-me cada crise que até o armazém parava... de saudades. Sobretudo quando recebia cá certas notícias (...) eu fui, resolvi a minha vida e disse ao meu marido: “Se não quiseres vir embora, vou eu! Ninguém está lá a passar o que os nossos filhos estão a passar, eles precisam dos pais”*.

Apesar dos tempos seguintes lhe parecerem mais facilitados, com o termo da construção da casa e o fim das dívidas, Jacinta vê o seu casamento ainda mais dificultado, quando o seu marido se refugia no álcool: *“bebia... o vinhito com ele era um problema. Ele não saía aqui da adega e não comia nada (...) Ele ía para comer e a comidinha melhor era para ele e, depois, não lhe apetecia comer por causa do vinho! Ele já tinha princípios de uma cirrose e não valia nada (...) ai Jesus ele era da manhã até à noite, sempre a beber, a beber.” Foi por esta razão que o marido a agrediu, mas também a impedia, constantemente, de «dançar» e «cantarolar». Deste modo, Jacinta relembra um desses tristes momentos que a magoaram, não só fisicamente, mas também psicologicamente: *“Ele já não deixava. Só uma vez é que fui a uma desfolhada que o meu falecido pai fez e foi lá uma borga (...) lembro, aqui, na cabeça. Ele bateu-me com uma rameira de pinheiro porque eu (...) era para vir mais cedo e vim mais tarde e olhe, sabe Deus!”**

A falta de atenção do marido passava a ser consequência da constante necessidade de trabalhar. Nem os tempos livres foram passados com a esposa da maneira que ela mais gostava: dançar, cantarolar (...) bailar! Assim, esta recorda um momento em que, com os

**filhos crescidos e a casa arranjada, fizeram um baile, mas que: “para ele é matá-lo (...) ele veio para a cama e esteve lá até ao resto. Só à Sra. da Saúde é que ele gostava de ir (...) foi lá onde ele me arranjou.”**

Jacinta associa os maus-tratos que sofrera não só ao problema do alcoolismo e da dedicação ao trabalho, mas também à violência familiar que o afectava desde criança, pois as agressões na vida deste manifestavam-se entre os pais. Com isto, Jacinta apenas diz que o marido **“era severo e queria-me sempre ali na linha”**. A propósito dos sogros, **Jacinta relembra que a “sogra (...), desconfiada, batiam-se um ao outro, era ali um circo”**.

A violência conjugal, na vida da biografada, não afectou, directamente os filhos, pois o marido **“era amigo e para a filha, então!”**. Contudo, Jacinta nunca partilhava à família os maus-tratos que sofrera, pois, embora tenha sido sempre agredida dentro de casa, teria sido um **“desgosto”** para os seus pais terem conhecimento dessa situação e nunca se quis separar dele.

Jacinta, mais uma vez, viu a sua vida a desmoronar, quando o seu marido foi hospitalizado com uma infecção na perna, devido aos trabalhos agrícolas. Apesar de ver a sua aparência cada vez mais abatida, foi neste período que o seu marido deixou de beber e de a agredir, fisicamente. Assim, relembra que **“já não podia ir para a adega beber, mas não se importava. Às vezes, eu perguntava (...) mas ele depois desabituou-se (...)”**.

Contudo, ao longo dos tempos, Jacinta não deixou de ser vítima de violência verbal e recorda, em tom de brincadeira, que já nem se importava **“ (...) Chama lá o que quiseres, fui feita para Deus!”**.

### **A vida actual de Jacinta**

Hoje, Jacinta mora com o seu marido na casa que construíram com tanta dedicação e trabalho, e lembra todos os momentos que passa com ele, e com tristeza cita: *“com 73 anos, deu-lhe uma infecção respiratória com um febrão e, de repente, (...) acamou, mas come sempre muito bem. Eu (...) faço-lhe tantos carinhos (...) Ui Jesus! É muito bonito o meu homem, é muito lindo”*.

A propósito dos maus-tratos, Jacinta refere que se tivesse conhecimento de violência conjugal, entre os seus filhos, *“dava os conselhos”*, mas que ficaria entristecida, se isso acontecesse. No entanto, já viveu a separação do filho.

Jacinta tem três netos e recebe a visita dos filhos que estão emigrados. Apesar de viver com a infelicidade de ver o marido acamado e pouco comunicar, Jacinta tem também a esmerada companhia de um cão e dois gatos, que a mantêm bem-humorada e com vontade de viver: *“Quando é meio-dia, meio-dia e pouco, ele está aqui. Não falha uma refeição. Sabe a horinha de comer e, pronto, é esta vida assim (...)”*.

A visita das auxiliares de apoio ao domicílio, na distribuição de refeições, e a das vizinhas também dão a Jacinta uma lufada de ar fresco para se sentir melhor.



*Um profissional deverá estar atento à pessoa idosa, nomeadamente às características que podem indiciar que está a ser vítima de crime.  
(Manual Títano, 1999: 17)*

## **CAPITULO 6 – UM MODELO DE PROGRAMA SÓCIO – EDUCATIVO**

### **1- A INTERVENÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA**

A intervenção de um técnico a nível sócio-educativo para ajudar na prevenção dos maus-tratos conjugais torna-se cada vez mais premente. A intervenção assume maior importância quando falamos de violência doméstica entre idosos. Em qualquer dos casos, o interventor para levar a bom porto o seu trabalho, deve conhecer a cultura do sistema-cliente, assim como as suas principais especificidades (idade, género, estatuto social, entre outros); em segundo lugar, o ambiente que integra a intervenção (político, económico e sócio-cultural), que lhe traça um quadro de ameaças e de oportunidades estratégicas. Finalmente, deve estar atento a todos os elementos que configuram a interacção social, decorrentes do processo de intervenção social (Carmo, 1999).

O sistema de intervenção social, segundo o autor, e como podemos observar na figura 6 (na página seguinte), integra 4 elementos: O **sistema interventor** em **interacção** com um **sistema cliente**, emoldurado por um **ambiente**.

O sistema interventor é constituído por um conjunto de pessoas, grupos, organizações, comunidades e redes, com identidades e culturas próprias, que, por sua vez, se constitui em recurso social.

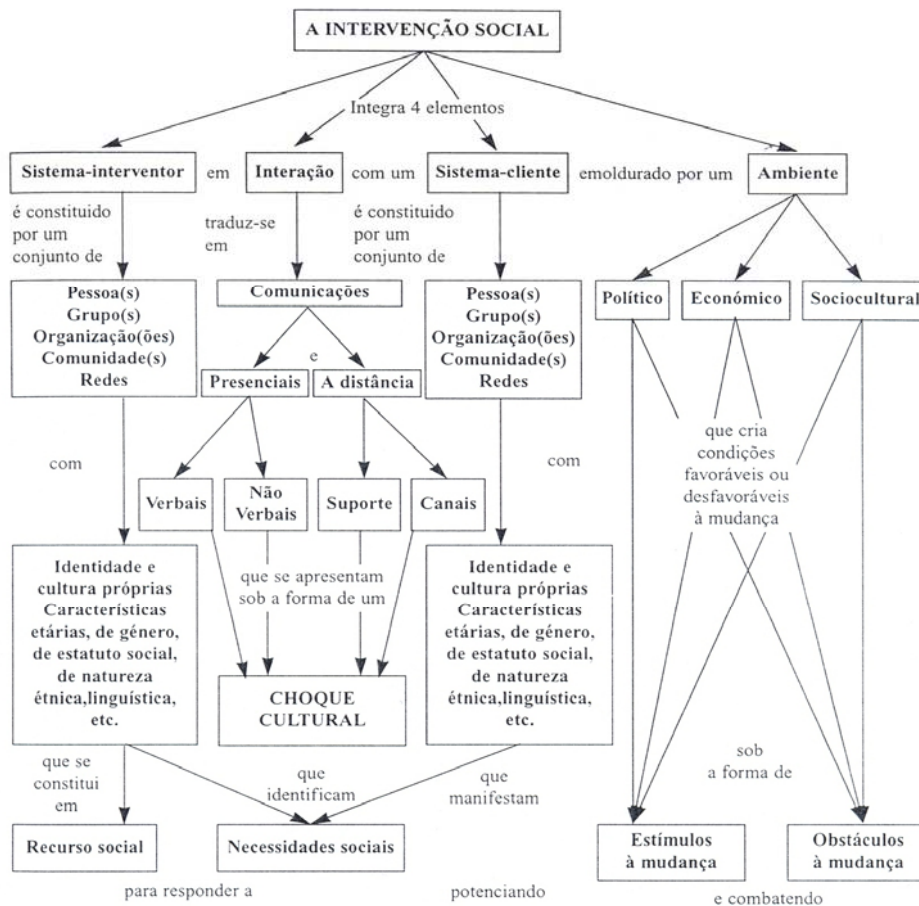
A interacção traduz-se em comunicações (presenciais ou à distância), que se apresentam sob a forma de um choque cultural que identificam as necessidades sociais.

O sistema - cliente é constituído pelas pessoas, comunidades, grupos e organizações com identidade e cultura própria, que manifestam as necessidades sociais.

Por último, o ambiente político, económico e sócio - cultural, que cria condições favoráveis à mudança, sob a forma de estímulos e obstáculos.

Em suma, a intervenção social é o recurso social para responder às necessidades, potenciando o estímulo à mudança e combatendo os seus obstáculos.

**Fig 6 –** Mapa conceptual de um processo de Intervenção Social



**Fonte:** Carmo (1999:43).

## **1.1- A Intervenção social na Europa**

A violência doméstica tornou-se reconhecida a nível internacional a partir de 1975 quando a ONU assume reflectir sobre o assunto. Cinco anos depois em 1980, acaba mesmo por reconhecer que a violência familiar é um crime encoberto a nível mundial. Já na década de 90, a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, adoptada em Dezembro de 1993 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, afirma que “A violência contra as mulheres é uma manifestação da desigualdade histórica das relações de poder entre sexos, que conduziram à dominação sobre as mulheres e à discriminação contra as mulheres por parte dos homens, e à obstaculização do seu pleno progresso...”.

No ano seguinte, em 1994, na Convenção Interamericana sobre a Prevenção, o castigo e a Erradicação da violência contra as mulheres fica muito bem definidos os conceitos de violência física, violência psicológica e violência sexual.

Na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Pequim em Setembro de 1995, a Violência contra as Mulheres figura como uma das áreas críticas para atingir a igualdade entre mulheres e homens. Através da Plataforma de Acção aí adoptada, os Governos assumiram o compromisso de implementar todo um conjunto de medidas destinadas a prevenir e eliminar a violência contra as mulheres.

Na verdade, o combate à violência contra as mulheres, nomeadamente contra a violência doméstica, foi uma das prioridades do Conselho da Europa, que se tem vindo a intensificar desde a 3ª Conferência Ministerial Europeia sobre a Igualdade entre mulheres e homens. Essa acção foi apoiada pelos Chefes de Estado de Governo, aquando da sua Segunda Cimeira realizada em 1997, ao afirmarem, na Declaração final, a sua determinação de combater a violência contra as mulheres. Ainda em 1997, foi elaborado um Plano de Acção para combater a Violência contra as Mulheres, tendo o Comité de Ministros adoptado a Recomendação Rec. (2002) sobre a Protecção das Mulheres contra a Violência.

Os Chefes de Estado e de Governo do Conselho da Europa, aquando da sua Terceira Cimeira, ocorrida em Varsóvia em Maio de 2005, assumiram o

compromisso de erradicar a violência contra as mulheres, incluindo a violência doméstica, tendo então decidido criar uma “task force” encarregada de avaliar os progressos alcançados a nível nacional e de estabelecer instrumentos destinados a quantificar os desenvolvimentos observados a nível pan-europeu, com vista a formular propostas de acção” nesta matéria.

O Comité Económico e Social Europeu da União Europeia, na sessão Março de 2006, apelou para uma Estratégia pan-europeia sobre violência doméstica contra as mulheres. Essa campanha foi lançada em Madrid, no dia 27 de Novembro de 2006 e teve, como princípio orientador, a convicção de que semelhantes situações são o resultado de assimetrias de poder e uma violação clara de direitos humanos, assumindo-se, por conseguinte, como um enorme obstáculo para ultrapassar as desigualdades entre mulheres e homens.

A União Europeia enfatizou a necessidade de todos os Estados Membros da União Europeia desenvolverem planos nacionais de acção contra a violência doméstica, que incluam medidas concretas e objectivos para uma aplicação prática da estratégia.

Apelou igualmente para a necessidade de se implementar medidas preventivas e assegurar que exista uma troca de informação e boas práticas entre os diversos Estados Membros.

No Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos em 2007, pretendeu-se sensibilizar a população para os benefícios de uma sociedade justa e solidária, combatendo atitudes e comportamentos discriminatórios, através de uma abordagem transversal em relação a todas as suas manifestações, nas quais, as questões de género assumem um relevo importante. De igual modo, o Conselho da Europa, definiu como objectivos centrais, o reconhecimento e o respeito pela dignidade e integridade de mulheres e homens.

## **1.2- A Intervenção Social em Portugal**

Em Portugal, o conhecimento adquirido do fenómeno data dos finais dos anos 90, altura em que se começaram a realizar os primeiros estudos promovidos pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM), revelou uma realidade preocupante, onde uma em cada três mulheres tinha sido, vítima de dois ou mais actos de violência, e grande parte das agressões tinham ocorrido no espaço doméstico (43%).

Os estudos sobre custos económicos e sociais da violência doméstica, que têm vindo a ser promovidos pela CIDM e pelo Ministério da Saúde, dão-nos também conta das situações de grande vulnerabilidade a que as mulheres vítimas de violência ficam expostas. Estas apresentam uma probabilidade três a oito vezes superior, consoante os casos, de terem filhos doentes, de não conseguirem emprego e, se empregadas, em não obterem promoção profissional, de recorrerem aos serviços dos hospitais, a consultas de psiquiatria por perturbações emocionais, bem como risco de suicídio (Ibidem).

Desde então Portugal tem vindo a definir um percurso integrado e sistemático no combate à violência doméstica, consubstanciado através da adopção e implementação de Planos Nacionais contra a Violência Doméstica. Os outros dois anteriores planos (1999-2003 e 2003-2006) surgiram como instrumentos de sustentação da acção política para prevenir e intervir sobre esta problemática.

Por estas razões o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010) tem como objecto primordial de intervenção o combate à violência exercida directamente sobre as mulheres, no contexto das relações de intimidade, sejam elas conjugais ou equiparadas, presentes ou passadas.

Este plano constitui-se ainda como um desafio à articulação entre as várias instituições que trabalham nesta área, nomeadamente as que prestam apoio às vítimas e as que dirigem a sua intervenção aos agressores. Está organizado em cinco Áreas Estratégicas de Intervenção (Informar, sensibilizar e educar; Proteger as vítimas e prevenir a revitimação; Capacitar e reinserir as vítimas de violência doméstica; Qualificar profissionais; Aprofundar o conhecimento sobre a violência doméstica) que incluem diversas medidas consubstanciadas em acções a desenvolver pelas diversas entidades, sujeitas

a uma calendarização, apresentando igualmente indicadores de processo e de resultado.

O III Plano contra a Violência Doméstica, tal como é definido no Programa do XVII Governo Constitucional, aponta claramente para uma consolidação de uma política de prevenção e combate à violência doméstica, através da promoção de uma cultura para a cidadania e para a igualdade, do reforço de campanhas de informação e de formação, e do apoio e acolhimento das vítimas numa lógica de reinserção e autonomia.

Não podemos esquecer o papel pioneiro das Organizações Não Governamentais (ONG) portuguesas que se mobilizaram para estruturar respostas de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica. A essas ONG se deve o impulso para a implementação das primeiras Casas de Abrigo em 2000 e dos primeiros Núcleos e Gabinetes de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica. Referimo-nos à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV).

A Violência Doméstica identifica vários sub-universos de pessoas - vítimas coabitantes ou não, adultas ou crianças, do sexo masculino ou feminino. Os paradigmas feministas ancorados na luta e nas experiências das mulheres maltratadas apelam à necessidade de tratar de forma diferente o que é diferente. O padrão de comportamentos abusivos, através do qual o agressor pretende controlar e exercer poder sobre a vítima que com ele coabita ou não, diverge na sua dimensão teórica e prática, conforme estejamos perante vítimas adultas ou menores, do sexo feminino ou do sexo masculino.

Contudo, apesar da Violência Doméstica atingir de igual modo as crianças, os idosos, pessoas dependentes e pessoas com deficiência, a realidade comprova que as mulheres continuam a ser o grupo de maior incidência nessas situações e, neste contexto, assume-se como uma questão de violência de género. Isto não significa que todas as vítimas de violência doméstica sejam do sexo feminino e que todos os autores de actos violentos, neste contexto, sejam homens.

Num estudo realizado em 2006 pelos diversos Estados Membros do Conselho da Europa, indica-se que 12% a 15% das mulheres europeias com mais de 16 anos de idade viveram situações de violência doméstica numa

relação conjugal, e muitas delas continuam a sofrer mesmo após a ruptura (III Plano Nacional contra a Violência Doméstica).

Independentemente da forma que possa assumir, a violência contra as mulheres, no contexto doméstico, raramente se consubstancia em apenas uma situação ou incidente. Geralmente congrega um conjunto de comportamentos que se traduzem num padrão comportamental de abuso e controlo, em que o agressor tem como objectivo último, o exercício de poder sobre a vítima.

Em cumprimento do disposto no Artigo 14º do Decreto-Lei nº202/2006, de 27 de Outubro de 2006, compete à Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, a prossecução e execução das políticas públicas nas áreas da cidadania e promoção e defesa da igualdade de género. Uma das vertentes específicas acometidas à CIG nesta ampla temática da igualdade de género encontra-se relacionada com o combate a todas as formas de violência de género. Neste sentido, incumbirá à CIG a dinamização, o acompanhamento e a monitorização de todas as medidas constantes deste Plano.

No âmbito do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN 2007-2013), a promoção da Igualdade de Género assume-se como uma prioridade estratégica. A prevenção e erradicação da violência de género, em que se inclui a violência doméstica, têm naturalmente uma relevância importante. A prevenção integrada às vítimas de violência doméstica é um aspecto contemplado, entre outros, consolidando a dinamização das estruturas nacionais para o seu apoio.

## **2- MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PORTUGAL**

Neste ponto propomo-nos contribuir para a análise das respostas que se têm estruturado em relação à violência conjugal. Analisamos os recursos existentes, a intervenção das organizações não-governamentais em Portugal e na União Europeia.

## 2.1- A Intervenção das Organizações Não-governamentais

As organizações não governamentais, em Portugal, que intervêm na área da violência conjugal são procuradas voluntariamente pelas vítimas ou outros, com conhecimento do caso, o denunciem.

Das organizações existentes, escolhemos como representativas a **APAV** (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), a **CIDM** (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres) e **AMCV** (Associação de Mulheres Contra a Violência). Com características e filosofia diferentes, têm em comum o apoio às vítimas de violência conjugal e ainda o voluntariado social.

A **APAV**<sup>21</sup> foi constituída em Lisboa, a 25 de Junho de 1990. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que pretende apoiar, de forma individual e humanizada, cidadãos vítimas de infracções penais, colmatando a inexistência de qualquer estrutura de apoio em Portugal (Capela, 2003:294).

Em cada Gabinete de Apoio à Vítima existe uma rede de voluntários em diversas áreas académicas, que sob a coordenação do Gestor, garantem o cumprimento da missão da APAV.

O apoio prestado pela APAV é gratuito e confidencial.

A **CIDM**<sup>22</sup> é um organismo oficial integrado na Presidência do Conselho de Ministros (Decreto-lei n.º 296-A/95, de 17 de Novembro), tutelada pelo Gabinete do Ministro da Presidência, e constitui um dos mecanismos governamentais para a promoção da igualdade de direitos e oportunidades. Este organismo tem como objectivos fundamentais:

- contribuir para que mulheres e homens gozem das mesmas oportunidades, direitos e dignidade;
- alcançar a co-responsabilidade efectiva das mulheres e dos homens em todos os níveis da vida familiar, profissional, social, cultural, económica e política;

---

<sup>21</sup> Ver dados estatísticos, ponto 5.2 (capítulo3)

<sup>22</sup> Ver dados estatísticos, ponto 5.2 (capítulo3)



- contribuir para que a sociedade reconheça a maternidade e a paternidade como funções sociais e assuma as responsabilidades daí decorrentes.

A **AMCV** surgiu em 1992. Desde 1998 que detém um estatuto consultivo especial junto do Conselho Económico e Social das Nações Unidas. Iniciou o seu trabalho com mulheres vítimas de violação, mas actualmente desenvolve trabalho na área da violência contra as mulheres e crianças, sobretudo nos crimes de violação, abuso sexual e violência doméstica.

Disponibiliza apoio jurídico, psicológico e social.

Os objectivos a que se propõe são a criação de serviços e de estruturas de apoio, de base comunitária e a criação de um grupo de pressão política com a finalidade de inscrever a violência contra as mulheres, na agenda política.

### **2.1.1- Outras experiências alternativas em Portugal**

Estas experiências têm vindo a ser desenvolvidas quer na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto quer na Universidade do Minho. Ambas têm a psicologia como disciplina de suporte e funcionam como serviços à comunidade, em colaboração com instituições sociais e legais.

O **GEAV**, Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, foi criado em 1998 como uma unidade de investigação e de prestação de serviços à comunidade, integrado no Centro de Ciências do Comportamento Desviante.

Este Gabinete, “nos últimos 4 anos (...) tem vindo a orientar a sua intervenção também para agressores, particularmente perpetradores de violência doméstica e agressores sexuais” (Manita, 2005:57).

Para além do interesse científico a principal razão que esteve na origem da implementação deste programa, foi o aumento progressivo do número de pedidos de intervenção, associado à escassez de instituições ou serviços que actuem junto dos agressores.

O GEAV organiza a sua acção à volta de seis áreas fundamentais (Manita, 2005):

- A intervenção em vítimas de violência /crimes;
- A intervenção em agressores, nomeadamente agressores de violência conjugal, pais maltratantes e agressores sexuais;
- A realização de perícias psico-forenses, a pedido do Instituto de Medicina Legal – Delegação do Porto ou directamente dos Tribunais das diferentes Comarcas da Região Norte;
- A investigação nestas áreas;
- A formação interna e externa, na área da violência/criminalidade/vitimação;
- A supervisão e prevenção do *burnout* profissional, dos seus próprios técnicos e de outros profissionais de outras instituições;

Este Gabinete tem uma dupla natureza, a investigação e a intervenção.

O encaminhamento dos utentes para o acompanhamento psicológico/psicoterapia, tem como base um protocolo de colaboração com a APAV (delegação do Porto) e contactos com diferentes instituições com intervenção nesta área, nomeadamente a CIDM e PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança), pela Segurança Social (Equipa Multidisciplinar da Acessória aos Tribunais), CPCJ (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens), por Centros de Saúde.

O GEAV é constituído por um conselho de coordenação técnica e científica composto por três docentes da faculdade, entre os quais o Director de gabinete, e por um corpo de técnicos, composto, uma docente da faculdade, uma psicóloga contratada e dois psicólogos voluntários.

A Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça da **Universidade do Minho**, integra o Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho, desde 1998 e, tem como objectivo oferecer uma resposta especializada às necessidades da comunidade no que se refere às problemáticas do domínio comum da Psicologia e do Sistema de Justiça.

As suas áreas de intervenção são as seguintes (Gonçalves et. al, 2003:271):

- Consulta psicológica de vítimas de crimes, menores e adultas;
- Consulta psicológica a ofensores, menores e adultos;
- Peritagens psicológicas, a pedido de Tribunais ou particulares;
- Formação, divulgação e investigação no âmbito da Psicologia da Justiça.

A equipa técnica é constituída por quatro docentes do departamento de psicologia desta universidade, três colaboradores externos, licenciados em psicologia, com especializações os pós-graduações na área da Psicologia da Justiça.

Os encaminhamentos são feitos por profissionais na área da psicologia, bem como instituições na área da Justiça. Este serviço tem tido uma estreita relação com a APAV e a CPCJ de Braga.

### **2.1.2- Os serviços de apoio às vítimas na União Europeia**

No ano de 1999, e de forma a compreender a realidade das vítimas de crime, de cada um dos Estados Membros da União Europeia, causada pela livre circulação de cidadão entre eles, Wergens (1999) dirigiu um questionário a todos os Estados. Desse questionário conclui que “existe um desajuste entre os direitos legais das vítimas e a implementação destes direitos por parte das agências que lidam com as vítimas de crime” (Wergens, 1999:379).

De acordo com o mesmo autor, doze organizações recebiam apoios públicos e três (Luxemburgo, Áustria e Alemanha) tinham organizações privadas. Por sua vez, a Bélgica era o único Estado Membro, com trabalhadores sociais junto da polícia e do tribunal.

Tendo em conta este trabalho, analisamos a intervenção social dirigida às vítimas em geral, nos Estados Membros da União Europeia, onde a intervenção é mais significativa.

Em Espanha, os serviços de apoio a mulheres vítimas são coordenados pelo Ministério do Trabalho e dos Assuntos Sociais e pelo Instituto da Mulher. Existem instituições privadas, como os Centros de Atención a la Mujer,

financiados por cada região. No caso concreto de Valência, Castela e Alicante, existe um centro 24 horas para a mulher.

Em Itália, existe uma rede bastante deficitária de organizações de apoio a vítimas de Violência Doméstica.

Desde 1991 existe uma organização denominada *Differenza Donna*, com a finalidade de ajudar mulheres vítimas de homens ou outras mulheres provenientes de outras culturas. Importa ainda destacar, a linha de emergência *Telefono Rosa*.

França é o Estado da União Europeia com maior rede de serviços especializados no apoio a vítimas. As mulheres vítimas podem recorrer à Delegação Regional dos Direitos das Mulheres ou à Federação Nacional para a Solidariedade das Mulheres. Importa ainda destacar a linha de emergência *SOS Femme*.

Na Bélgica o apoio a mulheres vítimas nasceu em meados dos anos 70, com os Centros para as mulheres.

Podemos destacar o *SOS Viol Asbl*, que, entre outros, fornece uma ajuda telefónica, e, ainda, os *refuges pour femmes battues*. São cerca de vinte, de base local e são coordenados pelas províncias.

Na Alemanha, existe uma linha de emergência em quase todas as grandes cidades, quatrocentos abrigos organizados numa central de informação e coordenação.

Um dos projectos para as mulheres vítimas de violência é designado como BIG (Berlim Domestic Violence Intervention Project) e tem como intuito “controlar a intervenção das instituições legais e sociais e defender a posição legal das mulheres sujeitas a violência. Fornece também aconselhamento para os homens violentos” (Costa, 2005:203).

No início dos anos 80, surge a primeira política pública de combate à violência contra as mulheres, na Holanda. Esta política “pretendia integrar os conhecimentos e capacidades das organizações não governamentais em actividades levadas a cabo pelas instituições públicas” (Idem: 204).

Na Irlanda, no apoio às vítimas, podemos destacar a *Women`s Aid*. Esta agência é gerida exclusivamente por mulheres e tem como intuito ensinar as mulheres a lidar com a situação, desenvolvendo técnicas de auto-ajuda. É ainda composta por um refúgio e uma linha telefónica gratuita.

Na Dinamarca, com a proclamação pelas Nações Unidas do Ano Internacional da Mulher, surgiram várias instituições para satisfazer as necessidades das mulheres sujeitas a violências. Em 1978, podemos salientar a abertura do primeiro abrigo, denominado *Countess Danner*. Em 1981, destaca-se a abertura de um centro em Copenhaga, denominada de *Danner House* ou *Danner-boligerne*. Em 1983 foi criado um comité para considerar a posição das partes envolvidas na violência.

Na Finlândia, em 1979 abriram os primeiros abrigos. Alguns anos mais tarde em 1991, foi elaborada uma proposta pelo Conselho da Igualdade entre homens e mulheres, no relatório de violência contra as mulheres, onde se pretendia a abertura de um centro de apoio para homens e mulheres que vivessem situações conflituosas.

Na Grécia, o Secretário-geral para a Igualdade é o responsável pelo combate à violência contra as mulheres. O Ministério da Saúde e Segurança Social, o Departamento Ministerial para a Igualdade e a cidade de Atenas construíram um abrigo para mulheres (1988) e em Pireus (1993). Nestes abrigos é oferecido às mulheres, apoio psicológico e social.

Em 1978, abriu, em Viena, Áustria, o primeiro abrigo para as mulheres. Depois deste já abriram mais 20. Estes estão ligados em rede, no *Austrian Women's Shelters NetWork*.

A Autoridade para a Compensação e Suporte às Vítimas de Crime, da Suécia, entre os anos de 1994-1996, desenvolveu um estudo sobre a violência e constatou que existem 289 projectos destinados à violência sexual ou outra entre as mulheres.

### **3– ELABORAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA**

No trabalho social e educativo, surge a necessidade de elaborar programas com o objectivo de melhorar a realidade onde estamos inseridos. Os programas podem ser muito variados e diversos, tanto nos seus objectivos ou fins, como na sua metodologia. No entanto, todos eles têm algo em comum,

isto é, todos têm a missão de prever, orientar e preparar o caminho que se vai fazer.

Podemos afirmar, em linhas gerais, que o programa é um avanço antecipado das acções a realizar para conseguir atingir os objectivos. Convém ter presente, desde o início, que um programa deve apresentar uma unidade em si mesmo, na medida em que persegue determinados objectivos, para cujo logro efectivo requer uma estrutura interna com o objectivo de conseguir o fim proposto (Pérez, 2005).

Uma vez aclarado o conceito de programa, convém esclarecer o que se entende por “social”. Em sentido amplo, podemos defini-lo como tudo o que afecta o Ser Humano e as suas condições de vida. Em sentido mais restrito, o “social” faz referência às necessidades básicas do indivíduo, tais como: saúde, educação, emprego e habitação (Fukuyana, 2000).

De acordo com Maslow (1908-1970), existe um outro tipo de necessidades como a dignidade, auto estima, segurança, consideração e a capacidade de encontrar sentido na vida e no mundo que nos rodeia. Embora todas estas necessidades sejam importantes para o ser humano, contudo, é importante termos em conta que esse conceito varia no tempo e no espaço, segundo as culturas e ideologias da cada população (cit. por Fachada, 2003).

Para a elaboração do programa é necessário escolher o método. Este é o caminho que se vai percorrer para atingir um fim proposto (os objectivos). A metodologia tem um papel chave no desenvolvimento de qualquer projecto, dado que proporciona as ferramentas, as técnicas e, em suma, os métodos mediante os quais tentamos transformar a realidade com o fim de a melhorar. A metodologia constitui o nervo central de um projecto. Por isso, deve ser cuidadosamente eleita, e convenientemente avaliada, em função tanto dos objectivos do projecto, como dos beneficiários do mesmo. O processo metodológico é complexo e exige prestar atenção aos seguintes factores:

1. Especificar e planificar as diferentes actividades do projecto.
2. Especificar as técnicas e instrumentos que se vão usar para a recolha posterior dos dados. Para tal é necessário saber previamente que dados são necessários e que instrumentos vão ser utilizados para a sua recolha (entrevistas, questionários, escalas de observação, testes, etc.)

3. É importante ser muito precisos nos instrumentos a utilizar, sem esquecer que estes têm de ser válidos e fiáveis.

4. Definir a população com a qual vamos trabalhar, o tipo de pessoas a quem se dirige o projecto e que características possuem. Convém elaborar uma descrição da população objecto de estudo (idade, sexo, formação, classe social, etc.).

5. Identificar a amostra com que se vai realizar o projecto. Como é difícil trabalhar com toda a população, selecciona-se um grupo de sujeitos que reúnam as mesmas condições.

6. Recolher os dados. Neste passo devemos reflectir sobre os dados que nos interessam para assegurar que o projecto vai ao encontro das necessidades detectadas. Deve especificar-se de forma clara quando, como, e em que momento se vai levar a cabo a recolha de dados.

7. Analisar os dados. Uma vez recolhidos temos de fazer com que estes forneçam elementos válidos para o projecto. Deste modo, são importantes as técnicas a utilizar. A resposta depende do tipo de dados analisados, bem das escalas de medida utilizadas. Uma vez recolhidos temos que fazer com que estes forneçam elementos válidos para o projecto. Deste modo, são importantes as técnicas a utilizar. A resposta depende do tipo de dados analisados, bem como das escalas de medida utilizadas.

8. Interpretar os resultados. Logo que os dados são analisados e os resultados apresentados, teremos que os explicar no contexto do estudo. Partindo desses resultados devemos tirar conclusões da triangulação com a teoria, a prática e a investigação e propor recomendações.

### **3.1- Propostas para a prevenção e intervenção sócio-educativa**

A violência conjugal representa um problema psicossocial e jurídico de extrema importância na actualidade.

Aos agentes policiais e trabalhadores sociais recai a responsabilidade de, através da sua actividade pessoal e profissional, poder ajudar a pessoa idosa vítima a resolver o seu problema.

Para prevenir e intervir ao nível dos maus-tratos e de acordo com Kosberg & Nahmiash (1996), deve-se reconhecer o modelo conceptual onde se identificaram as características das pessoas idosas que podem estar a ser vítimas de maus-tratos e o contexto social, político e religioso que influenciaram os mesmos.

Esta conceptualização será o fio condutor para a realização de um projecto social específico que inclua a optimização de recursos e equipamentos diversos.

Este documento é dirigido aos trabalhadores e Educadores Sociais, em especial aos Directores Técnicos, responsáveis pelo Serviço de Apoio Domiciliário, ajudantes familiares e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), partindo do pressuposto que, apostando na melhoria dos seus conhecimentos e no fortalecimento das suas capacidades relacionais, contribuem para a prevenção dos maus tratos conjugais nas pessoas idosas.

O que se propõe com este documento é abordar a violência conjugal, encarando a sua prevenção como uma das fontes de longevidade e autonomia das pessoas idosas.

### **3.2- A Intervenção Sócio-educativa com Pessoas e Grupos de risco**

Do mesmo modo que a aparição de situações de risco de mau-trato responde à presença de factores favorecedores na sociedade, no ambiente social ou na família, a actuação para prevenir ou intervir deve incidir nestes níveis.

Prevenir significa “desenvolver actividades que impeçam ou dificultem a chegada de determinada condição (Moreira, 2004:13).

São clássicos três níveis de intervenção aplicáveis à maioria dos problemas sociais: primário, secundário e terciário.



**Fig 7 – A Intervenção Primária**



**Fonte:** Soriano (2008)

### **Intervenção primária**

Ocupa-se da população em geral e não de pessoas em concreto. A prevenção primária consiste em consciencializar a sociedade em geral e eliminar as concepções que possam legitimar o uso da violência. Deve ser a primeira a ser implementada e, se tiver êxito, a violência conjugal como problema social poderá nem sequer chegar a ser um problema.

O objectivo geral deste primeiro nível é: Impedir a aparição inicial dos maus-tratos.

Os objectivos específicos são:

- Actuar sobre os factores de risco;
- Desenvolver factores de protecção;
- Sensibilizar e formar os profissionais;

**Fig 8** – A Intervenção Secundária



**Fonte:** Soriano (2008)

### **Intervenção secundária**

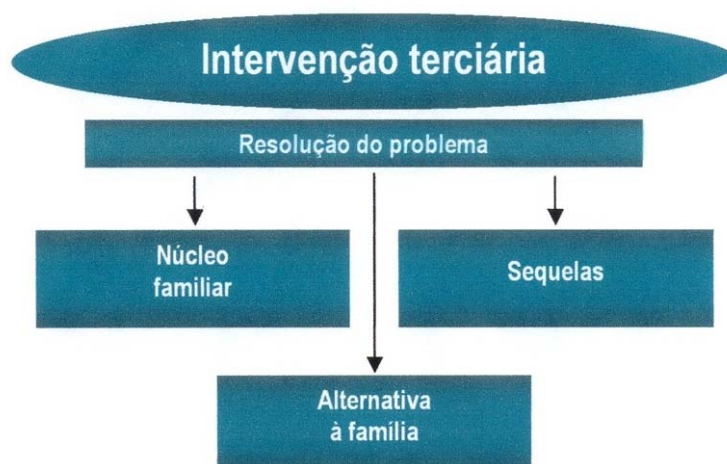
A intervenção secundária ou intervenção antecipada centra-se na detecção de situações de risco. Este nível de intervenção está dirigido a determinados grupos e pessoas que se encontram em situação de risco social pelas suas características pessoais, familiares ou ambientais.

O objectivo geral deste nível é detectar famílias em situação de risco.

Os objectivos específicos são:

- Identificar os sintomas de risco;
- Coordenar ao nível inter-institucional e das equipas multi profissionais;
- Formar os diferentes profissionais nas áreas de intervenção: educativa, psicológica, jurídica, social, etc.

**Fig 9** – A Intervenção Terciária



**Fonte:** Soriano (2008)

### **Intervenção terciária**

A intervenção terciária coloca-se em prática quando já se produziu a situação de violência e se se pretende reduzir as consequências que o mau trato sofrido possa ter ocasionado.

O objectivo geral é colocar em marcha acções direccionadas para a resolução do problema e para evitar as consequências.

Os objectivos específicos são:

- Recuperar o núcleo familiar, quando seja possível;
- Actuar sobre sequelas físicas, emocionais, e sociais;
- Actuar como alternativa à família.

Podemos, então, definir como factores de risco, nesta investigação, os seguintes:

- Influências socioculturais (valores defendidos pela sociedade);
- Processos interpessoais (processo de socialização);

- Factores individuais (baixa auto-estima, níveis elevados de ansiedade, desejo de independência, problemas de saúde);
- Factores familiares (história familiar de alcoolismo e violência).

### **3.3. Desenho de um Programa de Intervenção Sócio-educativa**

O presente programa tem como finalidade contribuir para a erradicação da violência conjugal, nos concelhos em estudo. Pretende-se trabalhar uma série de mitos presentes na cultura portuguesa e que justificam a violência doméstica.

#### **3.3.1- Designação**

(Re) desenhar Famílias

#### **3.3.2- População Alvo**

Todos os casais idosos com problemas de violência conjugal ou em risco dela, utentes do serviço de apoio domiciliário, dos concelhos de Vale de Cambra e de Oliveira de Azeméis;

#### **3.3.3- Objectivos**

##### **Geral:**

- Contribuir para um melhor conhecimento do tipo de maus-tratos de que são vítimas os idosos casados, do concelho de Oliveira de Azeméis e de Vale de Cambra, que recebem Serviço de Apoio ao Domicílio, a fim de obter dados que possam consolidar propostas de mudança de comportamentos pessoais, familiares e sociais e que visem o desencadeamento de novas acções e atitudes mais positivas, em relação aos idosos.

### **Específicos:**

- Identificar factores que caracterizam as famílias com problemas de violência conjugal;
- Ajudar a prevenir a violência conjugal;
- Consciencializar as vítimas sobre o abuso de poder nas relações de desigualdade, como é o caso das relações conjugais;
- Definir estratégias pessoais de mudança de comportamentos de submissão e dominação;
- Possibilitar às vítimas de violência grupos de auto-ajuda;
- Elevar os níveis de auto-estima como via de eliminação da relação vítima/agressor.
- Analisar se os maus-tratos são consequência do consumo de álcool por parte do agressor;
- Identificar se as condições culturais, religiosas, económicas e sociais determinam os maus-tratos conjugais;
- Identificar se as vítimas de maus-tratos são, maioritariamente, do sexo feminino;
- Saber se os maus-tratos fazem parte integrante da vida quotidiana dos idosos que recebem serviço de apoio domiciliário;
- Comprovar se existem maus-tratos nas relações conjugais;
- Saber se as pessoas idosas estão conscientes de que sofrem maus-tratos;

### **3.3.4- Actividades**

Em primeiro lugar, a prevenção primária deve actuar na **consciencialização pública**. É importante que cada sociedade se encarregue de consciencializar os seus membros da possibilidade da violência conjugal nas pessoas idosas (Kosberg, 1997). Além disso, é ainda importante identificar as possíveis causas, porque só assim se compreende porque é que algumas

As pessoas não devem assumir a responsabilidade de cuidar dos seus idosos. A violência conjugal nas pessoas idosas poderá ser consequência do aumento das necessidades do idoso e da responsabilidade de ter que cuidar dele. Este aumento de responsabilidade pode constituir uma carga elevada para o cuidador e originar os maus-tratos.

A prevenção da violência conjugal exige valores de igualdade e cidadania entre os sexos que diminuam a tolerância social e a aceitação de uma cultura de violência.

Como medidas preventivas propõe-se **acções de sensibilização** dirigida aos grupos de idosos, às comunidades, no sentido de alterar práticas e comportamentos, reflectindo sobre a violência e os seus impactos negativos. Ou seja, pretende-se ajudar homens e mulheres a reconhecer os custos do comportamento abusivo e assim motivar a mudança. As medidas propostas são as seguintes:

- Campanhas de âmbito concelhio nas rádios locais, imprensa escrita, meios de transporte e espaços públicos (elaboração de cartazes e comerciais)
- Realização, em articulação com as autarquias, de fóruns municipais contra a violência doméstica /conjugal;
- Elaboração de guiões e produtos para sensibilizar as famílias sobre a necessidade de adoptarem estratégias educativas alternativas à violência através de uma melhor comunicação intra-familiar e intra-conjugal;
- Criação de grupos de debate sobre as questões da violência conjugal, com o objectivo de encorajar a reflexão sobre assuntos, tais como a confiança, o risco, o significado do amor, aprender a dizer não, auto-estima;

Em segundo lugar, deverá actuar na **formação de profissionais**, para que estes procurem estar mais atentos às características que indicam que a pessoa idosa está a ser vítima de maus-tratos. Estas características nem sempre são claras, pois podem ser também derivadas do processo natural de envelhecimento ou de várias doenças.

Esta formação deverá ser ministrada aos técnicos de saúde (Médicos e Enfermeiros) e técnicos sociais (Assistentes Sociais, Educadores Sociais e

Psicólogos) e a ajudantes familiares que prestam serviços no domicílio dos idosos, para que consigam identificar a ocorrência dos maus-tratos e intervir eficazmente, oferecendo um atendimento adequado a cada situação problema.

Em terceiro lugar, deverá actuar ao nível da **informação**, tanto dos profissionais como da comunidade em geral. Tendo em conta que a população é pouco escolarizada, deve ser elaborado um manual de recursos onde se inclua formação básica sobre os assuntos, tais como indicadores dos maus-tratos, locais de atendimento, linha telefónica, procedimentos para a denúncia, entre outros.

Em quarto lugar, deverá ser criado em cada município um **Gabinete de Atendimento**, com uma equipa multidisciplinar (área da saúde, social e jurídica) para o tratamento de casos de violência doméstica/conjugal, onde as pessoas idosas possam recorrer, sem medo de que daí derive uma queixa legal e as suas consequências, onde equipas multidisciplinares possam analisar e intervir, tendo em conta a especificidade e complexidade de cada situação. Julgamos mais pertinente a criação destas equipas ao nível dos Centros de Saúde, uma vez que este é um local privilegiado, dado que os idosos os frequentam bastante e, na relação com o médico de família, estas situações terão mais probabilidade de emergir e de serem detectadas. No momento em que o médico reconhece uma situação de violência, poderá informar a vítima das possibilidades de apoio ou encaminhá-la para a equipa de trabalho criada para o efeito.

O profissional deverá ajudar a pessoa idosa vítima a encontrar as suas próprias potencialidades de resolução do problema. Para isso, o profissional deverá ter em conta como é importante a validação dos direitos e decisões da pessoa idosa, ou seja, a aceitação plena dos seus direitos enquanto vítima, o que implicará informá-la:

- De todos os seus direitos, das diligências e procedimentos judiciais que poderão decorrer e como os iniciar;
- Dos constrangimentos que poderão surgir para demorar ou dificultar o processo;

O profissional deverá respeitar as decisões da vítima, ajudando-a a ver quais as vantagens e desvantagens de cada decisão.

É importante elaborar com a pessoa idosa um plano de segurança pessoal. Este plano englobará estratégias de prevenção do crime, isto é, ensinar à pessoa idosa como prever o crime, estabelecendo comportamentos para adoptar a melhor reacção se existir um ataque, como se defender e ainda como pedir ajuda.

**Actividades culturais, recreativas e educativas**, oferecidas a todas as vítimas e suas famílias, com o objectivo de incorporar aquelas que sentem a necessidade de ajuda e orientação.

Ainda com o objectivo de prevenir os comportamentos violentos, haverá **sessões de terapia de casal**, a casais que o desejarem.

Para além da criação de respostas de apoio formais, julgamos importante uma intervenção social mais alargada, no sentido de alterar estereótipos culturais que funcionem como cúmplices neste tipo de interacção familiar. Cada vez mais se assinala a importância dos recursos comunitários, em ordem a dar uma efectiva assistência legal e social de apoio às vítimas, além da mera criação de instituições (Heise, 1996).



### 3.3.5- Planificação das Actividades

Quadro 58 – Planificação das Actividades

| N.º | Actividades   |  |   | Frequência |   |   |   |   |   |   | Cronograma Anual |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|--|---|------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|     | Designação  | Descrição  | População a Abranger                                    | D          | S | M | T | S | A | J | F                | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |   |
| 1   | Campanhas de âmbito concelhio nas rádios locais, imprensa escrita, meios de transporte e espaços públicos | Campanhas de sensibilização para as consequências da violência conjugal;                       | Comunidade em geral                                     |            |   |   |   |   | X | X |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2   | Realização, em articulação com as autarquias, de fóruns municipais contra a violência doméstica /conjugal | Sensibilização para o problema da violência conjugal; Aquisição de conhecimentos sobre o tema; | Comunidade em geral                                     |            |   |   | X |   |   | X |                  |   | X |   |   | X |   |   |   | X |   |   |
| 3   | Elaboração de guiões e produtos para sensibilizar as famílias   | Sensibilização para o problema da violência conjugal;  | Comunidade em geral                                     |            |   |   |   |   |   | X | X                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4   | Criação de grupos de debate   | Troca de experiências e saberes;   | Casais vítimas de violência                             |            |   | X |   |   |   | X | X                | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 5   | Formação de profissionais   | Dotar os profissionais de conhecimentos sobre os vários tipos de violência conjugal;           | Técnicos de saúde e técnicos sociais, envolvidos no SAD |            |   |   | X |   |   | X |                  |   | X |   |   | X |   |   |   | X |   |   |
| 6   | Informação  | manual de recursos onde se inclua informação básica sobre a violência conjugal;                | Comunidade em geral e profissionais                     |            |   |   |   |   | X |   |                  | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7   | Gabinete de atendimento   | Atendimento dos utentes e elaboração de projectos individuais;                                 | Vítimas de violência conjugal                           | X          |   |   |   |   |   | X | X                | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 8   | Actividades culturais, recreativas e educativas   | Desenvolvimento de ateliers culturais, recreativos e educativos;                               | Vítimas de violência conjugal                           |            | X |   |   |   |   | X | X                | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 9   | Sessões de terapia de casal   | Sessões de terapia de casal  | Casais vítimas de violência                             |            |   | X |   |   |   | X | X                | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

### **3.3.6- Metodologia**

Como temos vindo a referir ao longo deste trabalho a violência conjugal surge como resultado da posição que a mulher por nós estudada ocupa na nossa sociedade, como um grupo despojado de poder. Esta posição aparece em todos os âmbitos sócio-culturais e estabelece-se através de condutas cognitivas, sociais e institucionais.

A metodologia utilizada deve ser constituída por uma série de ferramentas de trabalho, tendo em vista o desenvolvimento das relações de igualdade baseadas na responsabilidade, no respeito e intolerância da violação dos mesmos.

As estratégias de trabalho baseiam-se na:

- Consciência, expressão e uso adequado das emoções;
- Estratégias de auto-ajuda nas crises;
- Auto-cuidados e identificação das necessidades humanas;

### **3.3.7- Resultados Esperados**

No final deste plano de prevenção e intervenção sócio-educativa, esperamos que:

- 100% das vítimas da violência conjugal estejam sinalizadas e a ser acompanhadas pela equipa técnica;
- 100% dos profissionais de saúde e de acção social obtenham formação nesta área específica;
- 75% das vítimas tomem consciência de que são vítimas de maus-tratos;
- 75% das vítimas tenham frequentado acções de sensibilização.

### 3.3.8- Parcerias

**Quadro 59** – Parcerias

| Denominação da Entidade Parceira                         | Estatuto Jurídico  | Morada/Telefone/Fax | Recursos a Disponibilizar                        | Funções a Desenvolver no Projecto |
|--|--------------------|---------------------|--|-----------------------------------|
| Câmara Municipal de Vale de Cambra                       | Autarquia Local    | Vale de Cambra      | Instalações Divulgação                           | Parceiro                          |
| Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis                  | Autarquia Local    | Oliveira de Azeméis | Instalações Divulgação                           | Parceiro                          |
| Serviço local de Segurança Social de Vale de Cambra      | Segurança Social   | Vale de Cambra      | Apoio técnico e encaminhamento                   | Parceiro                          |
| Serviço local de Segurança Social de Oliveira de Azeméis | Segurança Social   | Oliveira de Azeméis | Apoio técnico e encaminhamento                   | Parceiro                          |
| GNR de Vale de Cambra                                    | Força de Segurança | Vale de Cambra      | Apoio técnico, policial, de segurança e jurídico | Parceiro                          |
| GNR de Oliveira de Azeméis                               | Força de Segurança | Oliveira de Azeméis | Apoio técnico, policial, de segurança e jurídico | Parceiro                          |
| Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis                   | Centro de Saúde    | Oliveira de Azeméis | Instalações, Apoio técnico                       | Parceiro                          |
| Centro de Saúde de Vale de Cambra                        | Centro de Saúde    | Vale de Cambra      | Instalações, Apoio técnico                       | Parceiro                          |
| PSP – Núcleo Mulher e Menor                              | Força de Segurança | S. João da Madeira  | Apoio técnico, policial, de segurança e jurídico | Parceiro                          |
| IPSS de Vale de Cambra com SAD                           | Associação         | Vale de Cambra      | Apoio técnico                                    | Parceiro                          |
| IPSS de Oliveira de Azeméis com SAD                      | Associação         | Oliveira de Azeméis | Apoio técnico                                    | Parceiro                          |

### 3.3.9- Avaliação

A avaliação será dirigida à medição dos resultados alcançados.

A avaliação deste plano será efectuada em fases intermédias e no final. Serão feitas reuniões periódicas com a equipa técnica, nomeadamente com a coordenadora, havendo sempre um acompanhamento contínuo por parte dos utentes.

Tal como previsto na metodologia desta intervenção, a avaliação deverá ter em conta as seguintes características:

- Ser processual, na medida em que assenta na observação contínua do seu processo de vida;

- Ser orientadora, pois contribui para a formação do adulto, fornecendo dados que permitem a sua própria autoavaliação e funcionando como factor regulamentador do processo de ensino – aprendizagem;
- Ser qualitativa e descritiva, contribuindo para a formação de um indivíduo mais consciente da realidade presente e futura e servindo de base à tomada de decisões.

O processo de avaliação prevê os seguintes momentos:

- A avaliação formativa, que se projecta sobre o processo e não exclusivamente sobre os resultados, permite o conhecimento da progressão na mudança de comportamentos, constituindo o ponto de partida para a (re) definição de estratégias de recuperação e/ou aprofundamento.

A auto-avaliação, que constitui uma técnica privilegiada na avaliação formativa do adulto, estimula-o a concentrar-se no alcance das suas próprias aspirações, permitindo-lhe verificar se “aprendeu” o que desejava e precisava de “aprender”. Neste sentido, devem ser disponibilizados instrumentos de avaliação para que o utente possa avaliar a seu próprio processo de aprendizagem. Paralelamente, devem ser utilizadas e devidamente registadas outras técnicas de avaliação, tais como a observação sistemática e a análise das tarefas realizadas, tendo em conta os objectivos definidos.

Para além disto, será também averiguado o grau de satisfação da população com os serviços prestados, através de entrevistas, opiniões e visitas.

*Concluir um trabalho, significa retomar, de uma forma sucinta, os principais pontos de chegada, situando-os diante das áreas questionadas ao longo da pesquisa (Costa, 1999:481).*

## CONCLUSÃO

A violência pode ser encontrada em qualquer lar e em qualquer lugar. As vítimas pertencem a ambos os sexos, a todas as faixas etárias e a todas as classes sociais.

A violência doméstica não é uma questão privada. É um crime público - aliás consagrado na lei; é uma questão de cidadania. Divulgar os crimes perpetrados pelo agressor é um dever social.

No seguimento das teorias levadas a cabo pelo pós-modernismo, onde as grandes narrativas teóricas estão ultrapassadas, exigindo-se agora narrativas limitadas no tempo, no espaço e na situação e, porque estamos perante um vastíssimo universo quando falamos de violência doméstica, o nosso estudo limitou o seu âmbito à violência conjugal entre idosos em dois concelhos no interior norte do país. Dentro deste contexto, foi nossa intenção procurar perceber como sobrevivem estas mulheres e estes homens ao lado do agressor, aquele com quem escolheram viver.

Embora tenhamos assumido fazer um estudo sobre um grupo de casais idosos, ao longo da nossa investigação fomos nos apercebendo o quão difícil se torna categorizar o tipo de maus-tratos entre idosos isto porque, como referimos, estes são infligidos tanto a jovens como a velhos. É uma questão cultural.

Tomando consciência de que, o homem que começa a maltratar a mulher na fase do namoro ou já depois do casamento, continua a infligir os mesmos tipos de maus-tratos quando está já na idade da senescência, optamos então por fazer uma descrição, o mais exaustiva possível da violência conjugal a nível intergeracional.

Numa viagem pelo tempo, pudemos constatar que o estatuto de pessoa idosa foi sendo alterado. Cada sociedade segrega um modelo de homem ideal e, é deste modelo que depende a descrição da velhice, a sua valorização ou desvalorização. A Grécia Antiga e a própria cultura romana, dá especial ênfase à beleza e à força, relegando os velhos para um lugar subalterno. Chegados à Idade Média, o idoso desempenha o seu papel social enquanto pode administrar o hissopo, a espada, o arado ou o livro de contas. O único limite é a incapacidade física. Na sociedade medieval não existe a terceira idade: há a vida e há a morte. Esta realidade muda a partir do século XIV com o aumento exponencial do número de idosos, tendo como consequência o aumento da crítica contra os velhos. Com a Renascença regressam os ideais Greco-Romanos.

Avançando no tempo, verificamos que o termo "terceira idade" se torna uma criação no mundo ocidental. O envelhecimento populacional, marcante no século XX impeliu a velhice para idades mais avançadas. Os idosos passaram a ser vistos como vítimas da marginalização e da solidão proporcionando, a partir dos anos 70, entre outros elementos, a constituição de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados voltados para a definição e o atendimento das necessidades dessa população.

Relativamente à mulher, também ela sofreu as vicissitudes civilizacionais, mantendo quase sempre um papel de subordinação em relação ao homem. Talvez por isso, a mulher passou a aceitar de forma conformada os maus-tratos de que era vítima. E só a partir dos anos 60 do século XX, com a identificação do "síndrome da criança batida", do "síndrome da mulher batida", e, por último, dos maus-tratos aos idosos, é que esta problemática se transformou em objecto de análise, e em preocupação para os sucessivos governos. A partir da década de 90, começamos a assistir a um aumento significativo de políticas sociais, e da criação de organizações não governamentais (A.P.A.V e C.I.D.M.) e de cariz público (Ministério da Administração Interna), como forma de apoiar as vítimas e retratar o problema da violência em Portugal. O nosso país, mais não fez, do que se associar às recomendações internacionais.

A violência contra as mulheres, dentro da relação conjugal, começou a ser reconhecida como um problema grave a necessitar de intervenção.

A sua visibilidade era até então praticamente nula, por se passar em ambiente privado. Daí que, as mulheres idosas sofrem por vezes em silêncio os vários tipos de maus-tratos, que podem assumir a forma física, a forma emocional, psicológica, sexual e económica e que normalmente é desenvolvida pelo homem com vista a perpetuar a intimidação, o poder e o controlo sobre o cônjuge maltratado.

A violência contra os idosos é um assunto *tabu*, por receio de represálias, sobretudo a perda de privacidade e dos meios internos e externos que lhes permitam viver de forma tranquila os últimos anos de vida.

No entanto, as várias teorias sociológicas vieram explicar que a violência é praticada, tendo em conta características individuais, sociais e familiares, tanto do agressor como da vítima.

O poder e os recursos surgem como conceitos centrais, onde o poder é entendido como a habilidade que o actor tem para influenciar o comportamento do outro e o recurso como um bem que, um dos elementos pode pôr ao dispor do outro e que é capaz de satisfazer as suas necessidades.

Na maioria dos casos a violência ocorre entre os cônjuges, quando estes não recebem os benefícios esperados, como o amor, a segurança, o dinheiro e a admiração.

O estudo desenvolvido é de tipo exploratório e privilegiou nas suas análises, o recurso a uma metodologia mista, utilizando entrevistas semi-estruturadas, com um guião semi-estruturado, e o inquérito por questionário. Esta opção metodológica permitiu-nos contribuir para um melhor conhecimento do tipo de maus-tratos de que são vítimas os idosos casados, dos concelhos de Oliveira de Azeméis e de Vale de Cambra, que recebem Serviço de Apoio ao Domicílio, a fim de obter dados, que possam consolidar propostas de mudança de comportamentos pessoais, familiares e sociais e que visem o desencadeamento de novas acções e atitudes mais positivas, em relação aos idosos.

A nossa investigação permitiu constatar que, na relação conjugal, a mulher é a maior vítima de violência (Hipótese 2). A tendência, é a utilização da força física, na esmagadora maioria, ser dirigida ao sexo feminino com o intuito de o dominar e, como muito bem refere Walker (1994) de forma a fazê-lo sentir-se subordinado e com medo. Como apurámos, as mulheres desta faixa etária têm, por norma, a convicção de que o casamento é algo que deve durar até à morte do cônjuge e que o seu marido é o seu senhor. Nestas relações prevalece a durabilidade ao contrário das relações modernas onde prevalece a intensidade.

A nível psicológico, económico, sexual e do síndrome de Munchausen verificamos, ao longo deste estudo, que existem maus-tratos em ambos os sexos. No entanto, o sexo feminino é aquele que questionado assume publicamente ser vítima de um destes tipos de maus-tratos. Ao contrário do homem que pela sua educação, nunca assume sofrer qualquer tipo de maus-trato, embora pela análise que fizemos, saibamos que tal não é a realidade. Porém, não podemos esquecer que os maus-tratos são na sua grande maioria infligidos pelo sexo masculino, dado que, o homem desta idade apresenta, normalmente, uma postura autoritária e de dominação. Esta premissa vem de encontro ao defendido no âmbito da sociologia, pela teoria de Pearsons (1956), que contribuiu para distinguir os perfis da personalidade masculina e feminina, considerando o papel masculino o mais importante, a principal fonte de rendimento e de estatuto para a família, mesmo que o mulher trabalhe fora de casa. Neste modelo é notória a autoridade que sempre foi vista na figura masculina/ paterna (Amâncio, 1998).

Dentro das razões associadas aos contextos familiares e sociais do agressor, não podemos nunca esquecer que, a grande maioria destes homens, encara a mulher como uma propriedade pessoal (Pagelow, 1988). Muitas vezes, assume os actos de violência e domínio quando está alcoolizado e/ou desempregado. Mas o álcool é sem dúvida um elemento muito presente nestas famílias. Como sabemos, o álcool provoca no organismo uma sensação falsa de leveza e bem-estar e causa desinibição. O alcoolismo é um dos principais



factores para a agressão verbal, agressão física, agressão sexual e psicológica. No nosso estudo, verificamos que a grande maioria das agressões são feitas sob o efeito do álcool. (Por isso confirmamos a hipótese 4) Na verdade, muitas vezes o álcool é utilizado como desculpa para a violência e para a diminuição da responsabilidade pessoal. Porém, parar de beber não os faz parar de serem violentos.

O aumento dos maus-tratos está ainda relacionado com a condição económica da nossa população. Os casais com situações económicas mais estáveis são menos permissivos a infligir maus-tratos. Verificamos igualmente que nesta dicotomia factor económico/factor religioso, a religião não é determinante para a prática de maus-tratos (Assim confirmamos a nossa hipótese 3).

Relativamente à hipótese 1, (os maus-tratos fazem parte integrante da vida quotidiana dos idosos com serviço de apoio domiciliário) a associação feita entre os diferentes tipos de maus-tratos, a sua percepção no passado e na actualidade, confirmamos que os inquiridos têm a percepção de que foram vítimas de maus-tratos no passado e que estes se mostraram, de forma continuada, no presente. Este dado foi igualmente detectado através das narrativas onde nos apercebemos que os conflitos entre o casal, parecem constituir uma situação habitual da relação conjugal, onde a vítima assume ter consciência dos maus-tratos. Confirmamos assim a nossa hipótese 5.

Através da análise qualitativa dos questionários, onde fizemos a comparação das respostas, facilmente detectamos que havia, no sexo masculino, uma certa contradição nas suas respostas. Provavelmente, esta situação deve-se, sobretudo, a questões culturais e religiosas, tendo os inquiridos do sexo masculino optado por silenciar as suas vivências matrimoniais. Os relatos são feitos no feminino, o que vem de encontro ao estudo geral sobre a violência doméstica. Este facto foi um dos grandes condicionantes desta investigação, uma vez que todas as histórias de vida descritas foram feitas no feminino, o que nos levou a ter apenas a visão de um dos lados do problema.

Não obstante esta contrariedade, temos consciência de que, ao contrário do que se podia pensar, a violência no masculino, embora em menor quantidade é uma realidade que prespassa o tempo.

É importante ainda referir que ao analisarmos a relação conjugal dos entrevistados, foi observado um conjunto de indicadores relativos às formas de violência, e ao seu processo de constituição ao longo dos tempos, atribuindo ao sujeito a “condição de autor da sua vida” (Gonçalves, 2000:19). Ao analisarmos as histórias de vida descritas foram evidenciadas relações de tipo conservador.

O namoro foi para o casal uma preparação para o casamento, que permitiu à mulher libertar-se do controlo dos pais. No entanto, este controlo, após o casamento, passa a ser feito pelo próprio cônjuge.

Quase todas as inquiridas, foram unânimes em afirmarem que não casaram por amor. A causa principal tinha sido, entre outras, a fuga da pobreza e a tentativa de deixarem de se sentir subordinadas à tutela dos pais. O amor aconteceu depois, com o continuar da relação. Independentemente da forma como o namoro foi encarado, as inquiridas, valorizaram diferentes factores na escolha do cônjuge. Orientaram as suas escolhas, em função de factores estéticos e da proximidade socioprofissional.

O casamento representou, para as entrevistadas, o contexto adequado para a realização dos projectos, que tinham durante o namoro.

As mulheres, apesar de terem também desenvolvido uma actividade profissional, tiveram sempre ao seu encargo a gestão do lar, a educação dos filhos e muitas vezes ainda colaboravam nas actividades profissionais do cônjuge (agricultura, etc.). Contudo, quando era necessário tomar qualquer decisão, esta competia ao homem. Tal atitude demonstra a hierarquização de poderes masculinos e femininos, na relação conjugal, e na sociedade em geral. Para as mulheres em análise, o respeito e a obediência ao marido, constituem um princípio fundamental para o bom relacionamento conjugal. Esta tutela plena faz com que, de forma consciente ou inconsciente, a mulher aceite o autoritarismo do marido, muitas vezes exercido sob a forma de maus-tratos.

Nesta conjuntura de violência doméstica, os filhos não passaram incólumes tendo, na grande maioria das vezes sido espectadores e até mesmo vítimas de violência por parte do progenitor, nomeadamente quando estes estavam alcoolizados. Por norma, os filhos sofriam com as mães, e temiam os pais, sobretudo quando os viam sob o efeito do álcool. Chegados à adolescência todos, sem excepção, assumem o partido da mãe, defendem-na dos maus-tratos paternos e, acabam mesmo por hostilizar o pai. Em todo o processo de investigação, apenas um pai nunca bateu nos filhos. Os maus-tratos eram apenas dirigidos à mãe. Porém, e curiosamente também estes filhos assumem a defesa da mãe e ignoram o pai, quando atingem a adolescência. Esta cumplicidade dos filhos para com as mães acabou por dar frutos. Quando questionamos estas mulheres sobre o que fariam caso soubessem que actualmente os seus filhos eram maltratados pelos cônjuges, de forma peremptória, assumem que interviriam rapidamente. Esta postura é bem diferente da assumida pelas suas mães que, embora soubessem que as filhas sofriam de maus-tratos, quase nunca tinham forma de intervir (também elas sofreram de violência doméstica).

No que concerne à intervenção de terceiros aquando da agressão, a maioria das nossas inquiridas não viam com bons olhos essa situação, considerando haver ingerência no casamento que, para elas era e continua a ser sagrado “Deus uniu e só ele há-de separar”. Porém, volvidos todos estes anos, algumas das vítimas, assumem que hoje em dia têm uma nova visão sobre o problema e que estão conscientes de que as vizinhas não mais faziam do que procurar protegê-las.

A violência conjugal é vista como um problema grave da sociedade actual. Para ajudar a combatê-la, a intervenção assume uma grande importância, na medida, em que surge, para alterar práticas e comportamentos, reflectindo sobre a violência e os seus impactos negativos. Ou seja, pretende-se ajudar homens e mulheres a reconhecer os custos do comportamento abusivo e assim motivar a mudança. Foi esse o nosso grande objectivo no estudo que levamos a cabo.

Como apontamento final, este trabalho foi a nível pessoal muito enriquecedor, na medida em que constituiu um primeiro olhar aprofundado sobre os maus-tratos conjugais nos idosos.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbott, P. & Wallace, C. (1990). *An Introduction to Sociology. Feminist Perspectives*. London: Routledge.
- Acota, N. (1998). *Maltrato Infantil. Un reto para el próximo milenio. La habana*. Madrid: Editorial Científico-técnico.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alba, V. (1992). *Historia Social de la Vejez*. Barcelona: Leartes.
- Albarelho, L. (org.). (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Albengózar, C. & Meléndez, A. (1998). *Psicología Y familia*. Madrid: Caritas Española editores.
- Alberto, I. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, E. & Cadete, M. (1978). *Centros de Dia em Portugal*. Palestra proferida nos recolhimentos da Capital, integrada no Programa de Educação em Exercício (texto policopiado).
- Almeida, J. & Pinto J. (1992). *A Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Presença.
- Alvarez, A. (2002). *O Feminismo Ontem e Hoje*. Lisboa: Ela por Ela.
- Amâncio, L. (1998). *Masculino e Feminino: a construção social da diferença*. Porto: Afrontamento.
- Amâncio, L. et. al. (2007). *O Longo Caminho das Mulheres. Feminismo - 80 anos depois*. Lisboa: Dom Quixote.
- Amnistia Internacional (2004). *It's in our hands. Stop violence against Women*. [Consultada a 18-10-06]. <http://www.unicef.org/pon99/>
- Ander-Egg, E. (1981). *Metodologia y práctica de la animación sociocultural*. Madrid: Marsiega
- Andolfi, M. (1996). *A linguagem do encontro terapêutico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrews, A. (1994). Developing community systems for the primary prevention of family violence. *Family & community health*, 4, 1-9.
- Antigo Testamento*, Juise, 16, 4-31.
- Ascher, R. (1951). Munchausen syndrome by proxy. *Lancet*. 1, 339-341.

- Ariés, Ph.. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LCT.
- Ariés, Ph; Duby, G. (ed.). (1990-1991). *Historia da vida privada*. Porto: Afrontamento. 5 vols.
- Azevedo, J. (1995). *Systemic-constructivist Theory and the Couple. A Theoretical and Methodological study*. Cardiff: University of Wales College of Cardiff.
- Bal, M. (1987). *Lethal love, Feminist Literaty Readings on Biblical Love Stories*. Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press.
- Bardin, L. (2003). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnett, O.; Perrin, C. & Perrin, R. (1997). *Family Violence Across the Lifespan. Thousand Oaks*. California: Sage publications.
- Barragán Medero, F. (2006). *Violência, Género y Cambios Sociales – Un programa educativo que (sí) promueve nuevas relaciones de Género*. Málaga: Aljibes.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto (Tese de Doutoramento policop.)
- Barreto, A. (1996). *A situação em Portugal 1960 – 1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Barroso, R. (1999). A iniciativa pública e Privada nos serviços de saúde, Educação, Cultura e Lazer. *Revista Terceira Idade*, 1, 40-52.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: en ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Bengtson, V.; Burgess, E. & Parrot, T. M. (1997). Theory, explanation, and the third generation of theoretical development in social geromtology. *Journals of gerontology*. 52b (2), 572-587.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Berger, L. (1995). Atitudes, mitos e estereótipos. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier. (eds). *Pessoas Idosas, uma abordagem global* (pp.63-86). Lisboa: Lusodidactica.
- Bersani, C. & Chen, H. (1988). Sociological perspectives in family violence. In Vicent B. Van Hasselt et. al. (eds.). *Handbook of family Violence* (pp. 57-88). New York: Plenum Press.

- Birren, J. & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principais, concepts and theory. In J. Birren & K. Shaie (Eds). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 3-34). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Blazer, D. (1992). *Distúrbios afetivos no idoso*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blood, R. & Wolfe D. (1960). *Husband and Wives: The Dynamics of Married Living*. New York: Glencoe Free Press.
- Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário: Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Bowker, L. (1983). *Beating- Wife- Beating*. Lexington: M.A.D.C. Health.
- Bozon, M. (1992). Radiographie du coup de foudre. *Sciences Humaines*, 20, 32-35.
- Bourdieu, P. (1999). *A Dominação Masculina*. Oeiras: Celta Editora
- Bravo, R. (2001). *Técnicas de Investigación Social Teoría Y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bronfenbrenner, U. (1999). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatient with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 20-25.
- Busse, E. (1992). *Alterações perceptivas com o envelhecimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cheal, D. (1991). *Family and the State of Theory*. London: Harvester-Wheatshef.
- Cabral, M. (1988). *Portugal na alvorada do século XX. Forças sociais, poder político e crescimento económico de 1890 a 1914*. Lisboa: Presença.
- Caldas, C. (2004). Saúde do Idoso – A arte de cuidar. In Saldanha, Assuero Luiz & Caldas, C. (org.). *Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso*. (pp. 41-48.) Rio de Janeiro: Interciência.

- Capela, B. (2003). APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (de crime).  
In C. Machado, & R. Gonçalves (coord.). *Violência e Vítimas de Crimes*.  
Vol. 1- *Adultos*. (pp. 294-301) Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, A. (1969- Jan/Março). Os problemas da população idosa e definição  
de uma política de velhice. *Actualidade Social*, 7, 20-36.
- Carmo, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carreira, H. (1996). *As políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva
- Carrilho, M. (1993). O Processo de Envelhecimento em Portugal: Que  
Perspectivas...? *Revista Estudos Demográficos*, 31,12-18
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2002). A Situação Demográfica Recente em  
Portugal. *Revista Estudos Demográficos*, 33, 20-28.
- Carrión, J. (1995). *Manual de Análisis de Datos*. Madrid: Alianza Universidad.
- Casanova, J. (2004). *Naturezas Sociais – Diversidade e Orientações Sociais na  
Sociedade Portuguesa*. Oeiras: Celta Editoras.
- Casares García, P. (2002). *Hablamos de ancianos –Problemática y propuesta  
educativa*. Madrid: San Pablo.
- Casimiro, C. (1996). *Violência na conjugalidade: um problema simétrico?*  
Lisboa. Instituto de Ciência Social.
- Casimiro, C. (2002). Representações Sociais da Violência Conjugal. *Análise  
Social*, 163, 603-630.
- Carvalho, A. (1999). *Código Penal e Código do Processo Penal*. Coimbra:  
Almedina.
- Cecconello, A. & Koller, S. (2004). Inserção ecológica na comunidade: Uma  
proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco.  
*Psicologia Reflexão e Crítica*, 16 (3), 515-524.
- Cerami, A. (1995). Hipótesis: glucosa as a mediator of aging. *J. Am. Geriatric  
soc*, 33,626-634.
- Chavez, N. (2006). Violence Against Elderly [consulta a 14 de Abril de 2006].  
<<http://www.health.org/referrals/resguides.asp>>
- Choi, N. G.; Kulick, D. & Mayer, I. (1999). Financial Exploitation of Elders:  
Analysis of Risk Factors Based on County Adult Protective Services Data.  
*Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (3/4), 39-48.



- Cirne, J. (1995, Julho-Dezembro). Resposta familiar e políticas sociais para os idosos. *Inter Acções. Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra*, 2, 77-82.
- Claussen, A. & Crittendeu, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 1/2, 5-18.
- Coelho, A. (1997, Julho-Setembro). A saúde pública no limiar do século XXI. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15, (3) 5-9.
- Comissão Europeia. (1994). *Livro Branco sobre a política social europeia – Como avançar na união*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego, Relações Laborais e Assuntos Sociais.
- Corsi, J. (2001). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Costa, A. (1999). *Sociedade de Bairro. Dinâmicas Sociais da Identidade Cultural*. Oeiras: Celta Editora.
- Costa, D. (2005). *Percepção Social De Mulher Vítima De Violência Conjugal Estudo Exploratório Realizado no Concelho de Lisboa*: Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Costa, M. & Duarte, C. (2000). *Violência Familiar*. Porto: Âmbar.
- Coutinho, M. (1999). *A Assistência Social em Portugal – 1965-1971: Um período de Charneira*. Lisboa: Associação Portuguesa de Segurança Social.
- Cruz, J. (1999). *Qualidade de Vida do individuo após Enfarte Agudo do Miocárdio. Sinais Vitais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, I. (2004). *Violência na família – Uma abordagem sociológica*. Porto: Afrontamento.
- Diehl, M. (1998). Everyday competence in later life: Current status and future directions. *The Gerontologist*, 38, 422-433.
- Dalbosco, H. (coord.) (1989). *Bíblia Sagrada*. S. Paulo: Edições Paulinas.
- Dobash, R, Emerson & Dobash, R. (1979). *Violence Against Wives. A Case Against the Patriarchy*. New York: The Free Press.
- Doerner, W. & Lab, S. (1995). *Victimology Cincinatti*. New York: Anderson Publishing Co.
- Duarte, C. & Costa, M. (2000). *Violência Familiar*. Porto: Âmbar.

- Duarte, J.; Figueiredo, P. & Mota, M. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4, 81-110.
- Duarte, Y. & Diogo, M. (2000). *Atendimento Domiciliar – Um enfoque Gerontológico*. S. Paulo: Atheneu.
- Duby, G. & Perrot, M. (1990). *História das mulheres no Ocidente*. Vol. 1- A Antiguidade. Porto: Afrontamento.
- Dulz, B. (1997). The problem of dealing with the incest experiences of borderline dissociative identify disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1329-1333.
- Ellanson, J.; Ross, C.; Sainton, K. & Mayran, L. W. (1996). Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bulletin Menninger Clinical*, 60, 39-51.
- Ericson, E. (1987). *Infância e sociedade*. 2ªed. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Fachada, M. (2003). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Vol 1. 5ª ed. Lisboa: Rumo Editora.
- Fantova, F. (2005). *Manual para la gestión de la intervención social*. Madrid: CCS.
- Felix, A. [et. al.] (1994). *Traços da Família Portuguesa*. Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social. Direcção Geral da Família.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta.
- Fernandes, A. (1998). *O Estado Democrático e a Cidadania*. Porto: Afrontamento.
- Fernandes, A. (2001). *Sociologia, problemas e práticas. Velhice, solidariedades familiares e politica social – itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. Oeiras: Celta.
- Fernandes, M. & Assis. J. (1999). Maus-tratos contra idosos: definições e estratégias para identificar e cuidar. *Gerontologia*, 7 (3), 144-149.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Psicologia Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, Rocio & Izal, M. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6 (2), 181-198.
- Figueiredo, B.; Fernandes, E.; Matos, R. & Maia, A. (2003). Maus-tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na

- idade adulta. In C. Machado, & R. Gonçalves, (coords.) *Violência e vítimas de crimes*. (pp. 161-210). Coimbra: Quarteto.
- Filho, E. (2002). Fisiologia do Envelhecimento. In M. Netto (org.). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. (pp.60-70). São Paulo: Editora Atheneu.
- Finkelhor, D. (1983). *Violence the Dark of Families: Current family violence research*. Beverly Hills: CA. Sage.
- Finkelhor, D.; Yllo, K. (1983). Rape in marriage: a sociological view. In D. Finkelhor et. al. (eds.). *The Dark Side of Families. Current Family Violence Research*. Newsury Park. (pp. 244-254). Califórnia: Sage Publications.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Almedina
- Fischer, G. (2003). *Psychologie des Violences Sociales*. Paris: Dunod.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta
- Foncault, C. (1995). *L`art de soigner en soins palliatifs – perspectives infirmières*. Québec: Les Presses de L`Université de Montreal.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Campus do Saber.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Fox, D. (1981). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Eunsa.
- Funari, P. (2003). *Grécia e Roma*. São Paulo: Editora Contexto.
- Fukuyama, F. (2000). *A Grande Ruptura - A natureza humana e a reconstrução da ordem social*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Gabarino, J. et. al. (1977). The human ecology of child maltreatment. A conceptual model for research. *Journal of Marriage and Family*, 39, 721-736.

- Gabarino, J. (1996). Can we measure success in preventing child maltreatment. A conceptual model for research. *Journal of Marriage and Family*, 139, 721-736.
- García, J. & Sánchez, A. (1998). *Un modelo de educación en los mayores: la interactividad*. Madrid: Dykinson.
- Gauthier, B. (1992). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*. 2ªed. Québec: Presses de L'Université du Québec.
- Gelles, R. (1983). An exchange/social control theory. In David Finkelhor et. al. (eds.) *The Dark Side of Families*. Current Family Violence Research. Newbury Park. (pp. 155-165). California: Sage Publications.
- Gelles, R. J.; Loseke, D. (eds.) (1993). *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park. California: Sage Publications.
- Gelles, R. (1995). *Contemporary Families – A Sociological View*, Thousand Oaks. California: Sage Publications.
- Gelles, R. (1997). *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gil, A. (1995). *Como elaborar um projecto de pesquisa*. S. Paulo: Publicações Atlas.
- Gonçalves, R. et. al. (2003). Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça. (I.E.P., U.M.). In C. Machado & R. (coord.). *Violência e Vítimas de Crimes*. Vol. 1- Adultos. (pp. 271-277) Coimbra: Quarteto Editora.
- Goode, W. J, (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 33, 624-636.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). *Compety paradigms in qualitative research*. New York: Sage Publication
- Guillemard, A. (1980). *La Vieillesse et l'état*. Paris: Universitaires de France.
- Guillemard, Anne Marie. (2003). *L'âge de el emplo. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement*. Paris: Armand Colin.
- Hampton, R. & Conder-Edwards, A. (1993). Physical and sexual violence in marriage. In Robert & Hampton et al. (eds). *Family violence- Prevention and treatment*. Newbury Park. (pp. 113-141) California: Sage Publication.
- Harman, D. (1992). Free radical theory of aging. *Mutation research*, 275, 257-266.

- Heise, L. (1996). Violence against women: global organizing for change. In Edleson, J. L. & Eisikovits, Z.C. (Eds.). *Future interventions with battered women and their families*. (pp. 26-35) London: Sage Publications.
- Helfer, R. & Kempe, C. (eds.) (1968). *The battered child*. Chicago: University of Chicago Press.
- Héritier, F. (2004). *Masculino/ Feminino II -Dissolver a Hierarquia*. Lisboa: Instituto Piaget
- Hespanha, P. et. al. (2000). *Entre o Estado e o Mercado: as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ªed. Lisboa: Sílabo.
- Hendricks, J. & Achenbaum, A. (1999). Historical development of theories of ageing. In V. Bengtson & K. Schaie (Eds). *Handbook of theories of aging*. (pp. 21-39) New York: Springer.
- Iborra Marmolejo, I. (2005). *Violência contra personas mayores*. Barcelona: Ariel
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Iñigo Corroza, E. (2005, Julho). La violencia doméstica en España: el delito de malos tratos en el seno familiar. *Revista do Ministerio Público*, 102, 16-44.
- Jacob, Luís (2007). Respostas sociais para idosos. In L. Jacob (Org.) *Animação de idosos, actividades*. (pp. 21-33) Porto: Âmbar.
- Janesick, V.(1994). *The dance of qualitative research design- Metaphor, methodolatry, and Thousand Oaks*. Califórnia: Sage Publications.
- Jaspard, M. et. al. (2003). *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris: La documentation française.
- Kellerhals, J.; Troutot, P. & Lazega, E. (1989). *Microsociologia da Família*. Lisboa: Europa-América.
- Klein, D. & White, J. (1996). *Family Theories. An Introduction, Thousand Oaks*. California: Sage publications.
- Koller, S. (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- Latorre, A. et. al. (1995). *Técnicas de investigación en Ciências Sociales*. Madrid: DyKinson.

- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A Construção do Saber*. S. Paulo: UFMG/Artmed.
- Lawton, M. (1982). Competence, environmental press and adaptation. In M. Lawton, P. Windley & T. Byerts (Eds). *Aging and the Environmental*, (pp. 34-48). N. Y.: Springer.
- Le Goff, J. (2000). *S. Francisco de Assis*. Lisboa: Teorama.
- Leite, J.(1996). Os negócios da emigração. *Análise Social*. XXXI (136-137), 381-396
- Leme, G. (1997). A Gerontologia e o problema do Envelhecimento: visão histórica. In M. Netto. (org.) *Gerontologia- A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. (pp. 13-25) S. Paulo: Atheneu.
- Lenoir, R. (1996). Object sociologique et probleme social. In P. Champanhe; R. Lenoir; D. Nerlloé & L. Pinto (org.). *Imitation à la pratique sociologique*. (pp 51-100). Paris: Drenod.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lipovtsky, G. (1989). *A Era do Vazio*. Lisboa: Relógio D`agua.
- Lopes, M. (1989). *Mulheres, Espaços E Sociabilidade. A transformação dos papéis femininos em Portugal à luz de fontes literárias (segunda metade do século XVIII)*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Lopes, M. (1994). Os pobres e a assistência pública. In J. Mattoso (dir.). *História de Portugal*. Vol 5. *O Liberalismo*. (pp. 501-515) Lisboa: Estampa.
- Lopes, M.(2000). *Pobreza, assistência e controlo social. Coimbra (1750-1850)*. Viseu: Palimage Editores.
- Lopes, M. H. (1999). A mulher no Egipto antigo. In Z. Castro (dir.) *As faces de Eva – estudo sobre as mulheres* (pp. 121-125) Lisboa: Colibri.
- Lourenço, N. & Lisboa, M. (1992). *Representações da violência*, 2, Lisboa: Gabinete de Estudos jurídico-Sociais.
- Lucena, M. (1976). *A evolução do sistema corporativista português*. Vol. I- *O Salazarismo*. Lisboa: Perspectivas e Realidades.
- McDonald, L. & Collins, A. (2000). Abuse and neglect of older adults: a discussion paper. *The National Clearinghouse on Family Violence*. Ontario. [consultado a 9 de Setembro de 2007]. <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>.

- Madeira, M. (1996). *A família e a protecção social*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.
- Magalhães, T. (2005). *Maus-tratos em Crianças e Jovens*. 4ª Ed. Coimbra: Editora Quarteto.
- Maia, F. (1985). *Segurança Social em Portugal. Evolução e tendências*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (coord.). *Pessoas Idosas-Uma abordagem global* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta.
- Manita, C. (2003). *GEAV- Gabinete de Estudo e Atendimento a Vítimas (C.C.C.D., F.P.C.E.U.P.)*. In C. Machado & R. Gonçalves (coord.) *Violência e Vítimas de Crimes*. Vol. 1- *Adultos*. (pp. 281-290) Coimbra: Quarteto Editora.
- Manita, C. (2005). *A intervenção em agressores no contexto de violência doméstica em Portugal – Estudo Preliminar da Caracterização*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Marconi, F. & Lakatos, E. (1999). *Técnicas de Pesquisa*. 4ª Ed. S. Paulo: Atlas.
- Marconi, F. & Lakatos, E. (2000). *Metodologia Científica*. 3ª Ed. S. Paulo: Atlas.
- Marshall, L. (1992). Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence*, 7,102-121.
- Marshall, C.; Benton, D. & Brazier, J. (2000). Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics*, 55 (2), 42-53.
- Martín, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Martin- Fugier, A. (1990). Ritos da Vida Privada Burguesa. In. Ph Ariès & Duby, G. (dir.) *História da Vida Privada*. Vol.4 – *Da revolução à Grande Guerra*. (pp. 193- 262). Porto: Afrontamento.
- Martín, I. et. Al. (2007). Políticas Sociais para a Terceira Idade. In A. Requejo Osório & F. Pinto (coord.). *As Pessoas Idosas- Contexto Social e Intervenção Sócio-educativo.*, (pp. 131-179) Lisboa: Instituto Piaget.
- Martínez, J. (2000). *Economía del Envejecimiento – calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos*. Madrid: Consejo Económico y Social.

- Martinho, E. (2007, Julho-Setembro). Crianças e Idosos: Desafios para o presente e futuro. *Revista Dirigir. Revista para as chefias e quadros*, 99, 47-50.
- Martins, A. (2003). A mulher entre a norma e a prática na idade média portuguesa. In L. Fonseca; L. Amaral & M. Santos (coord.) *Reinos Ibéricos na Idade Média*. Vol I. (pp.99-102). Lisboa: Civilização editora.
- Martins, A. (2005). A (des) construção do Paradigma da masculinidade. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciências de L` Educació*. XXIX (III), 133-141.
- Martins, A. & Carvalho, M. (2006). A violência doméstica por detrás do abandono escolar. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciências de L` Educació*. XXX (III), 249-259.
- Martins, C. (1997). Trabalho e Condições de Vida em Portugal (1850-1913). *Análise Social*. XXXII (142), 483-535.
- Matos, M. (2003). Violência Conjugal. In C. Machado, & R. Gonçalves, (coords.). *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 1- *Adultos* (pp. 83-130) Coimbra: Quarteto Editora.
- Matsudo, S. M. (1997). Envelhecimento e Actividade Física. *Actividade Física para a Terceira Idade*, 1, (pp. 22-36) Brasília: SESC.
- Mcgraw-hill, S. & Spiegel, M. (1994). *Estatística*. 3ª Ed. S. Paulo: Makron Books.
- Mello, M. et. al. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Miedzin, M. (1999). *Chicos son, hombres serán. Cómo romper los lazos entre masculinidad y violencia*. Madrid: Horas y horas.
- Millán, J. (2006). *Principios de Geriatria y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill interamericana.
- Ministério do Trabalho e Solidariedade (1999). *Carta Social, Dia Nacional da Segurança Social*. Algarve: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Minois, G. (1999). *História da Velhice no Ocidente*. Lisboa: Teorama.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monte, M. (2006, Dezembro). Algumas Notas Breves a Propósito das Revisões do Código Penal e do Código do Processo Penal. *Derectum*, 10, 5-8.



- Monteiro, T. & Policarpo, V. (2007). As mulheres nos media portugueses: um estudo exploratório [acesso a 11 de Abril de 2007]. <http://www.labcom.ubi.pt/agoranet/03/monteiro-teresa-policarpo-veronica-mulheres-nos-media-portugueses.pdf>.
- Mónica, M. (1978). *Educação e Sociedade no Portugal de Salazar*. Lisboa: Presença.
- Mónica, M. (1987). Capitalistas e Industriais (1870-1914). *Análise Social*. XXIII (99), 818-863.
- Morais, F.; Passo, J.; Viana, R.; Babual, C. & Mourato, L. (1989). *População idosa, centros de dia, centros de convívio*. Lisboa: Secretaria de Estado de Segurança Social. Divisão de programas e projectos
- Moreira, P. (2004). *Para uma Prevenção que Previna*. 3ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Morgan, D. (1985). *The family, politics and social theory*. London: Routledge:
- Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.
- Morin, E. (2000). *Cultura de massas no século XX – neurose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Mouro, H. (1990). *Breve Ensaio sobre as Origens e Evolução da Solidariedade e do Voluntariado Social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.
- Nicholls J, Giacomelli J. (1995). Pediatric Manifestation of Munchausen's Syndrome. *J. Am Pediatr Med. Assoc*, 545-547.
- Muñoz Tortosa, Juan. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Psicología Pirâmide.
- Muñoz Tortosa, J. (2004). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Nazareth, M. (1979). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Presença
- Nazareth, M. (1993). O Envelhecimento da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa. *Revista Economia e Sociologia*, 56, 51-62.
- Nazareth, M. (1996). *Introdução à Demografia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nelson, D. (Outubro 2002). Violence against elderly people: a neglect problem. *Lancet*, 360, 369-394.

- Neri, A. (2002). Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In E. Freitas et. al. (coord). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 32-46). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A. (2005). As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no estatuto do idoso. *A terceira idade*, 16, (34), 7-24.
- Netto, M. & Borgonovi, N. (2002). Biologia e Teorias do Envelhecimento. In M. Netto (org.). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. (pp. 44-59) São Paulo: Atheneu.
- Netto, M. (2006). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E. Freitas et. al. (coord.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 4-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- OCDE. (1998). *OECD Economic Surveys - Portugal*.
- O'Hagan, K. (1994). *Emotional and Psychological Abuse of Children*. Buckingham: Open University Press.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do Idoso*. 2ªEd. Porto: Livpsic.
- Pais, E. (1996). Violência (s). Reflexão em torno de um conceito. *Inter Acções. Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra*, 4, 23-39.
- Pais, E. (1998). *Homicídio conjugal em Portugal. Rupturas violentas da conjugalidade*. Lisboa: Hugin.
- Pais, E. (1999). Espaço Doméstico e Violência. *Espaço S*. 11-15.
- Papalia, D. & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paschoal S. (1996) Autonomia e independência. In P. Netto (ed.). *Gerontologia*. (pp. 313-323). São Paulo: Atheneo.
- Paúl, M. (2001). *A construção de um modelo de envelhecimento humano: O grande desafio da saúde e das ciências sociais no século XXI*. (Aula de Agregação, polocop.).
- Paúl, M.(1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina
- Paúl, M. & Fonseca, A. (2001). *Psicología da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pagelow, M. (1984). *Family Violence*. New York: Praeger Publishers.
- Pagelow, M. (1988). Marital Rape. In B. Vicent. V. Hasselt et. al. (eds.). *Handbook of Family Violence*. (pp. 207-231). New York: Plenum Press.

- Paz, R. (2000). *Educação física e recreação para a terceira idade*. Porto Alegre: Sagra.
- Peixoto, C. (2003). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.... In M. Barros (org.). *Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre identidade, memória e política*. (pp. 69-84). 3ªed. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Pereira, R. (2006). *A Revisão do Código Penal*. Conferência Universidade Lusíada.
- Pérez, G. (2005). *Elaboración de Proyectos Sociales – Casos prácticos*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Pestana, M. & Gageiroi, J. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 2ª Ed. Lisboa: Sílabo.
- Pestana, N. (2003). *Cadernos de emprego e relações de trabalho. Trabalhadores mais velhos: políticas públicas e práticas empresariais*. Lisboa: Direcção-geral do Emprego e das Relações de Trabalho. Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento Humano*. S. Paulo: McGraw-Hill.
- Pillemer, K. (1986). The abused offspring are dependent. Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers. In R. Gelles; D. Loseke (eds.). *Current Controversies on Family Violence*, (pp. 237-249), Newbury Park. Califórnia: Sage Publications.
- Pilosu, M.(1995). *A mulher, a Luxúria e a Igreja na Idade Média*. Lisboa: Estampa.
- Pimentel, L.(2005). *O lugar do Idoso na Família*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. (Coord.). (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Poirier, J.; Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1999). *Histórias de Vida – Teoria e Prática*. 2ª ed. Oeiras: Edições Celta.
- Pozo Llorente, T. (2002). La investigación biográfica narrativa en educación social. In F. López & Pozo Llorente, T.(ed.). *Investigar en Educación Social*, (pp. 6-11), Sevilla: Junta de Andalucía.
- Prado, S. (2002). *O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. Textos sobre o envelhecimento*, 4, (8). [Consultado em 15 de Outubro de 2007].  
[http://www.unati.verj.br/tsc/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=\\$1517-592820020020000&ing=pt&urm=iso](http://www.unati.verj.br/tsc/scielo.php?script=sci_arttex&pid=$1517-592820020020000&ing=pt&urm=iso)

- Pritchard, J. (2000). The Needs of Older Women: Services for Victims of Elder. *Abuse and Neglect*, 8 (4), 59-71.
- Pritchard, J. (2003). *Support Groups for older People Who Have Been Abused*. Londres: Jessica Kingsley.
- Proença, M. (2002). A República e a Educação. In *A Crise do Sistema Liberal e a Implantação da República*. Moita: Câmara Municipal da Moita.
- Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares aos idosos*. Lisboa: DGAS.
- Quintela, M. (1995). *O processo de envelhecimento – Dar saúde aos anos – contributos para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso*. Lisboa: Câmara Municipal de Loures.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva
- Reis, E. (2001). *Estatística multivariada aplicada*. 2ª Ed. Lisboa: Sílabo.
- Reis, E. (2008). *Estatística Descritiva*. 7ª Ed. Lisboa: Sílabo.
- Ribeiro, J. (1994, (Abr./Set.)). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12, (2-3), 179-191.
- Ribeiro, M. (1995, Janeiro-Junho). O Ano Internacional da Família. *Inter Acções*. Revista do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, 1, 52-60.
- Riley M. & Riley J. (1994). Age integration and the lives of older people. *The Gerontologist*, 34 (11), 110-115.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rocio, M. & Franco, J. (2002). *Psicología y familia*. Madrid: Caritas.
- Rodrigues, A. (1979). *Estudos em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes
- Rodrigues, F. (1999). *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social.
- Rodrigues, F. (2002). Risco Social e Incertezas- Pode o Estado Social Recuar Mais? In P. Hespanha; G. Carapinheiro (orgs.) *Assistência Social: Uma política reticente em tempo de globalização*. (pp. 263-301). Porto: Afrontamento.
- Rodríguez, P. & Sánchez, C.. (2003) *Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos – Manual de formación para auxiliares*. Madrid: Médica Panamericana.

- Rosa, M. (1986). *O desafio social do envelhecimento demográfico – Análise Social – Revista do Instituto Superior de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*. XXVIII, (112), 704-731.
- Rosa, M. (1992). *O Envelhecimento Demográfico da População do Continente Português e a Protecção Social dos Idosos*. Lisboa: FCSH/UNL (tese de Doutoramento policop.).
- Saldanha, A. & Caldas, C. (2004). *Saúde do Idoso – A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Santo, M. (2000). *Comunidade Rural ao Norte do Tejo – seguido de vinte anos depois*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa
- Santos, B. (1992). *O Estado, as Relações Salariais e o Bem – Estar na Semi – periferia*. Coimbra: Faculdade de Economia.
- Santos, B. & Ferreira, S. (2002). Risco Social e Incertezas - Pode o Estado Social Recuar Mais? In P. Hespanha; G. Carapinheiro (orgs.) *A reforma do Estado- Providência entre globalizações conflitantes*. (pp. 177-227). Porto: Afrontamento.
- Saraceno, C. (1997). *Sociologia da Família*. Lisboa: Estampa.
- Saraceno, C. & Naldini, M. (2003). *Sociologia da família*. 2ª ed. Lisboa: Estampa.
- Saraiva, J. (2004). *História de Portugal. A Segunda República- De António Salazar ao Marcelismo*. Matosinhos: Edições e Conteúdos, S.A.
- Sawyer, D. (1992). Ressurrecting Eve? Feminist critiqu of the Garden of Éden. In P. Morris, D. Sawyer (org.). *A Walk in the Garden, Biblical, Iconographical and Literary Images of Eden*. (pp. 273-289). *Journal for the Study of the Old Testament, Supplement Series*,136. Sheffield.
- Segalen, M. (1996). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.
- Strauss, M. & Gelles, R. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the family*, 48, 465-479.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do Envelhecimento: Uma introdução*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A. & Pinto, J. (2005). *Metodologia das Ciências Sociais*.13ª ed. Porto: Afrontamento.

- Siqueira, M. (2002). *Teorias Psicológicas do Envelhecimento*. In E. Freitas et al. (coord.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.13-22) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Siqueira, M. (2001) Teorias sociológicas do envelhecimento. In. A. Neri (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento, perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. (pp.15-21). Campina, SP: Papyrus
- Skyner, R.& Cleese, J. (1990). *Famílias e como sobreviver com elas*. 3ª ed. Porto: Afrontamento.
- Sissa, G. (1990). *Filosofias do género: Platão, Aristóteles e a diferença dos sexos*. In G. Duby, M. Perrot (org.). *A História das Mulheres – A Idade Média*, 2, (pp. 5-16) Porto: Afrontamento.
- Soriano Díaz, Andrés. (2001). *Maltrato Infantil*. Madrid. San Pablo
- Soriano, A. (2002). *Educación Y Violencia Familiar*. Madrid: Editorial Dykinson, S. L.
- Soriano, A. (2006). *Cuestionario para la detección de la violencia en las relaciones de pareja*. Registro nº GR 2760/2006. Granada.
- Soriano, A. (2008). La prevención educativa de los malos tratos a la infancia. Um modelo integrado para su comprensión. *Revista de Ciências de la Educación*, 213, 23-40.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Cuidados familiares na Velhice*. Porto: Âmbar
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Barueri: Manole
- Stone, I. (2001). Home – and Community-Based Care. In E. Cluff & R. Binstock (eds.). *The Lost Art of Caring. A Challenge to health Professionals, Families, Communities, and society*. (155-176 )Baltimore: the Johns Hopkins University Press.
- Stanhope, M; Jeanette, L. (1999). *Teorias e Desenvolvimento Familiar. Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Tengarrinha, J. (1983). *Estudos de História Contemporânea de Portugal*. Lisboa: Caminho.
- Timoneda, A. (2006). La violència de género: más allá de agresores y víctimas. In J. Zarazaga & J. Vila (Coord.) *Educación social e igualdad de género*.

- (117-189). Málaga. Área de Educación, cultura y fiestas /Ayuntamiento de Málaga.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature and consequences of intimate partner violence*. Findings from the national violence against of justice & centers for Disease Control and prevention [consultado a 20 de Outubro de 2007]. [www.ncjrs.org/pdijiles1/nij/181867.pdf](http://www.ncjrs.org/pdijiles1/nij/181867.pdf).
- Tobin, D. L. & Griffing, A. S. (1996). Coping, sexual abuse and compensatory behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 20,143-148.
- Toldy, T. (1997). As mulheres na Igreja Católica – Luzes e sombras ao longo da história. *Revista Theologica*, II, XXXII, (2), 219-245.
- Toldy, T. (1998). *Deus e a palavra de Deus na Teologia Feminista*. Lisboa: Paulinas.
- Torío, S. & Peña, V. (2006, Setembro-Dezembro). Etiologia y factores de riesgo de los malos tratos intrafamiliares a la infância. Intervención desde la escuela. *Revista Española de Pedagogia*, 235, 525-543.
- Treiner, S. (2006). Em nome da “honra”: crimes no mundo muçulmano. In C. Ockrent (dir.). *O livro negro da condição das mulheres*. (pp. 78-85). Lisboa: Circulo de Leitores.
- Torres, A. (2002). *Casamento em Portugal. - Uma análise sociológica*. Oeiras: Celta.
- Torres, M. (2001). *La violència em casa*. México: Paidós.
- Tseelon, E. (1995). *The Masque of Feminity*. London: Sage Publication.
- Tueth, M. (2000). Exposing Financial Exploitation of Impaired Elderly Persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, (2), 104-111
- União Europeia – O Conselho. (1997). *Relatório da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões sobre o estado de saúde das mulheres na Comunidade Europeia*. 22.05. COM (97) 224 final, 8537/97 DG I, 156p.
- Valls, M. (2006). Socialización preventiva de la violència de género. Investigaciones Y propuestas. In J. Zarazaga & J. Vila (coord.) *Educación Social e Igualdad de Género* (193-205) Málaga: Ayuntamiento de Málaga.
- Vaz Serra, A. (1989). Estados de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos. *Psiquiatria Clínica*, 10,149-155.

- Vaz Serra, A. (2006). O que significa envelhecer. In H. Firmino; A. Leuchener & J. Barreto (eds.) *Psicogeriatría*, (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vecchio, S. (1990). A boa esposa. In G. Duby; M. Perrot (org.). *A História das Mulheres – A Idade Média*, 2, (pp. 16-25). Porto: Afrontamento.
- Veloso, E. (2004). *Políticas e contextos educativos para os idosos: estudo sociológico numa universidade de terceira idade em Portugal*. Braga: Universidade do Minho (tese de doutoramento policop.).
- Vernant, J. (1989) *As Origens do Pensamento Grego*. São Paulo: Bertrand Brasil.
- Vetere, A. & Gale, A. (1987). *Ecological Studies of Family Life*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Vieira, R. (1999). *Histórias de Vida e Identidades – Professores e Interculturalidade*. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Afrontamento.
- Wacker, R.; Roberto, K. & Piper, L. (1998). *Community resources for older adults: programs and services un era of change*. Thousand Oaks. Califórnia: Pine Forge Press.
- Walker, L. (1979). *The Battered Women*. Harper and Row Publishers. N. York: Inc
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Weineck, j. (1991). *Biologia do esporte*. S. Paulo: Manole.
- Wergens, A. (1999). *Cime Victims in the European Union. The Crime Victim compensation and support authority*. Sweden: UMEA.
- Zamarrón, M., Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecimiento psicológico. In J. Casado & P. Gregório (Eds.). *Funcion mental y envejecimiento*. (pp. 18-25). Madrid: Editores Médicos.
- Zimerman, G. (2000). *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.



## LEGISLAÇÃO

Conselho da Europa. Recomendação n.º 158/2002

Constituição da República Portuguesa de 1933 – Decreto-lei n.º 23:048 de 23 de Setembro de 1933.

Portugal. Lei n.º 1884/35 de 16 de Março. (Lei da Previdência Social).

Portugal. Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência. Decreto n.º 45266, de 23 de Setembro de 1963.

Constituição da República Portuguesa de 1976.

Portugal. Decreto-lei 513-L/79 de 26 de Dezembro. (Esquema Mínimo de Protecção Social).

Portugal. Decreto-lei 160/80 de 27 de Maio. (Esquema de prestações de Segurança Social).

Portugal. Decreto-lei n.º 5638 de 10 de Maio. (Criação do Seguro Obrigatório na Doença, Invalidez e Velhice).

Portugal. Lei n.º 28/84 de 14 de Agosto. (Lei de bases da Segurança Social).

Portugal. Decreto-lei n.º 141/89 de 28 de Abril. (define as condições de exercício e o regime de protecção social da actividade que, no âmbito da acção social realizada pela Segurança Social ou por outras entidades, é desenvolvida por ajudantes familiares.)

Portugal. Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro. (Normas Reguladoras das Condições de Instalações e Funcionamento dos Lares para Idosos).

Portugal. Despacho do Ministério da Administração Interna n.º 16/98 de 9 de Março.

Constituição da República Portuguesa. (1999). Lisboa: Editora Estante.

Portugal. Decreto-lei n.º 232/2005 de 29 de Dezembro (Institui o Complemento Solidário para Idosos).

Portugal. Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro. (Aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário.) Portugal. Lei 59/2007 de 4 de Setembro. (Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro).

## OUTRAS PUBLICAÇÕES

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à vítima. (1999).

Carta Educativa do Município de Oliveira de Azeméis. (2005). Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis.

Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2000. Lisboa: Direcção-geral de Estudos, Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2002. Lisboa: Direcção-geral de Estudos, Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2003. Lisboa: Direcção-geral de Estudos, Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2004. Lisboa: Direcção-geral de Estudos, Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e Segurança Social.

Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2005. Lisboa: Direcção-geral de Estudos, Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e Segurança Social.

Diagnóstico Social – Documento 1. Concelho de Oliveira de Azeméis. Conselho Local de Acção Social de Oliveira de Azeméis.

Diagnóstico Social (2007). Conselho Local de Acção Social da Rede Social de Vale de Cambra.

Homem com Alzheimer ferido pela mulher com facas. *Diário de Notícias*. [consultado em 23/01/2008]

[http://dn.sapo.pt/2008/01/22/sociedade/homem\\_alzheimer\\_ferido\\_pela\\_mulher\\_f.html](http://dn.sapo.pt/2008/01/22/sociedade/homem_alzheimer_ferido_pela_mulher_f.html)

INE (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE

INE (2006). *Módulo AD-HOC Transição da vida profissional para a reforma*. Lisboa: INE

Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Oliveira de Azeméis. (2007).

Conselho Local de Acção Social de Oliveira de Azeméis.

II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2003-2006). Lisboa: Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos Das Mulheres.

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

Relatório da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres. (2006).

Relatório Penélope sobre a Violência Doméstica no Sul da Europa.