

Por opção da mestranda não foi utilizado o novo acordo ortográfico

ÍNDICE GERAL

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	População idosa e respectivos direitos	2
1.1.1.	Análise da situação relativamente a maus-tratos.....	3
1.1.2.	Idosos e tipos de maus-tratos.....	14
1.2.	Problemática do envelhecimento a nível mundial.....	17
1.2.1.	Situação em Portugal.....	20
1.2.2.	Idosos e situação em Angola.....	23
1.3.	Breve resenha histórica sobre a fundação do Lar da 3ª Idade Beiral	26
2.	OBJECTIVOS	27
3.	MATERIAL E MÉTODOS	29
4.	RESULTADOS	33
4.1.	Organigrama e Caracterização do Lar da 3ª Idade Beiral	34
4.2.	Resultados do inquérito e entrevista efectuados.....	39
5.	DISCUSSÃO.....	49
6.	CONCLUSÕES.....	54
7.	AGRADECIMENTOS.....	56
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
9.	ANEXOS.....	63

ÍNDICE DAS FIGURAS

Figura n.º 1: Pirâmide populacional EU27, 2008, 2060	19
Figura n.º 2: Aspecto da entrada do Lar Beiral	35
Figura n.º 3: Aspecto da entrada do Lar Beiral	35
Figura n.º 4: Aspecto dos dormitórios	36
Figura n.º 5: Aspecto dos dormitórios	36
Figura n.º 6: Tanque da água	36
Figura n.º 7: Aspecto da lavandaria	37
Figura n.º 8: Aspecto da lavandaria	37
Figura n.º 9: Aspecto do refeitório	37
Figura n.º 10: Aspecto do refeitório	37
Figura n.º 11: Evento social no Lar – visita de crianças.....	38
Figura n.º 12: Actividades de produção agrícola.....	38
Figura n.º 13: Actividades de produção agrícola.....	38

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela I: Ratio de risco de pobreza ou exclusão social por grupo etário na Europa, 2012 (%)	19
Tabela II: Algumas características da população idosa (65 ou mais anos) total e dos 10% mais pobres, Portugal, 2000	20
Tabela III: Estado de Saúde, segundo os grupos etários, 2007 (%)	21
Tabela IV: Utilização de respostas sociais para idosos, 2007 (%)	21
Tabela V: Actividades de ocupação dos tempos livres dos seniores realizadas diariamente segundo o sexo, 2007 (%)	22
Tabela VI: Número de Idosos Controlados na Comunidade	24
Tabela VII: Organigrama	34
Tabela VIII: Distribuição de idosos quanto à profissão anterior	40
Tabela IX: Distribuição dos idosos quanto ao tipo de trabalho no Lar	40
Tabela X: Distribuição quanto a nutrição aquando da admissão	43
Tabela XI: Distribuição quanto ao estado de saúde física aquando da admissão	44
Tabela XII: Distribuição quanto ao estado de saúde física actual	44
Tabela XIII: Distribuição quanto ao estado de satisfação aquando da admissão	44
Tabela XIV: Estado actual de satisfação dos idosos	44
Tabela XV: Distribuição quanto à assistência médica actual	44
Tabela XVI: Distribuição quanto à toma de medicamentos	45
Tabela XVII: Distribuição quanto aos medicamentos mais usados	45
Tabela XVIII: Distribuição dos idosos quanto à presença de companheiro/a no Lar	47
Tabela XIX: Distribuição quanto ao número de refeições/dia	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição de idosos quanto à idade.....	39
Gráfico 2: Distribuição de idosos quanto ao gênero	39
Gráfico 3: Distribuição de idosos quanto ao local de residência anterior	40
Gráfico 4: Distribuição de idosos quanto ao nível de escolaridade.....	41
Gráfico 5: Distribuição quanto ao estado civil	41
Gráfico 6: Distribuição quanto ao tempo de permanência no Lar.....	42
Gráfico 7: Distribuição quanto ao motivo do abandono	42
Gráfico 8: Distribuição de idosos quanto ao estado de nutrição atual.....	43
Gráfico 9: Distribuição quanto às atividades de lazer	46
Gráfico 10: Distribuição quanto a residência anterior.....	46

RESUMO

Segundo a literatura internacional a identificação de maus-tratos contra idosos deve contemplar uma avaliação que utilize fontes diversas de informação como, por exemplo, portadores de serviços, e/ou agentes que intervêm nas situações de abuso. Estudos recentes revelam que o fenómeno da violência contra as pessoas idosas está a aumentar em Portugal, não se tendo registado até à data, qualquer estudo deste tipo na população Angolana.

Este estudo incide sobre a análise de dados colhidos através de entrevista a idosos em Lar da Terceira Idade em Luanda, durante o período de tempo compreendido entre Julho e Setembro de 2011. Foram estudados diversos parâmetros relativos ao género, idade, estado civil, nível de escolaridade, residência, profissão anterior, estado de saúde actual e anterior.

Este trabalho possibilita o conhecimento, do ponto de vista forense, da caracterização da existência de maus-tratos e das condições de vida na população idosa na cidade de Luanda.

ABSTRACT

According to the international literature, the recognition of abuse against the elderly should include an assessment that uses different sources of information like service providers and/or other agents that intervene in the abuse situations. Recent studies reveal that the violence phenomenon against the elderly is increasing in Portugal, whilst there are no studies made in this area in the population of Angola.

This study focus on the analysis of data collected through interviews to the elderly in a Retirement Home in Luanda, between July and September 2011. Several parameters related to gender, age, marital status, educational level, residence, previous occupation, current and previous health status, were studied.

This work will enable the knowledge, from the forensic point of view, of the characterization of the existence of abuse and the living conditions of the elderly population in Luanda.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento da população e análise da situação relativamente a maus-tratos

O envelhecimento da população é uma tendência demográfica a nível mundial, sendo definido que o idoso é aquele com idade igual ou superior a 60 anos (U.N., 2013).

A Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 16 de Dezembro de 1991 elaborou Princípios para as pessoas idosas no sentido de encorajar os Governos a incluir nos seus programas nacionais os seguintes princípios relativamente a:

“Independência

- 1. Os idosos devem ter acesso a alimentação, água, alojamento, vestuário e cuidados de saúde adequados, através da garantia de rendimentos, do apoio familiar e comunitário e da auto-ajuda.*
- 2. Os idosos devem ter a possibilidade de trabalhar ou de ter acesso a outras fontes de rendimento.*
- 3. Os idosos devem ter a possibilidade de participar na decisão que determina quando e a que ritmo tem lugar a retirada da vida activa.*
- 4. Os idosos devem ter acesso a programas adequados de educação e formação.*
- 5. Os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação.*
- 6. Os idosos devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.*

Participação

- 7. Os idosos devem permanecer integrados na sociedade, participar activamente na formulação e execução de políticas que afectem directamente o seu bem-estar e partilhar os seus conhecimentos e aptidões com as gerações mais jovens.*
- 8. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar e desenvolver oportunidades para prestar serviços à comunidade e para trabalhar como voluntários em tarefas adequadas aos seus interesses e capacidades.*
- 9. Os idosos devem ter a possibilidade de constituir movimentos ou associações de idosos.*

Assistência

- 10. Os idosos devem beneficiar dos cuidados e da protecção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade.*
- 11. Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível óptimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças.*

12. *Os idosos devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respectiva autonomia, protecção e assistência.*

13. *Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem protecção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.*

14. *Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.*

Realização pessoal

15. *Os idosos devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial.*

16. *Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.*

Dignidade

17. *Os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.*

18. *Os idosos devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.”*

No entanto, nem todos estes princípios estão a ser aplicados a nível mundial, nomeadamente o que refere que os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.

1.1.1. Análise da situação relativamente a maus-tratos

Os maus-tratos na terceira idade constituem uma acção única e repetida, ou ainda, ausência de acção, causando sofrimento e angústia, ocorrendo numa relação em que haja expectativa de confiança (OMS, 2002), visto que o abuso é geralmente praticado por pessoas (familiares, vizinhos, prestadores de serviços, médicos, advogados e outros) nas quais os anciãos depositam confiança.

Neste contexto, Minayo (2004) classifica os maus-tratos nos idosos em:

- a) Maus-tratos físicos
- b) Maus-tratos psicológicos
- c) Abuso financeiro ou material

- d) Abuso sexual
- e) Negligência
- f) Abandono
- g) Auto-abandono.

Manthorpe & Watson alertam que, enquanto existe um enorme interesse e urgência no campo da protecção da criança, já o mesmo não ocorre em relação aos maus-tratos contra idosos. Uma explicação para tal facto pode dever-se, possivelmente, à circunstância de a criança apresentar uma imagem física mais desprotegida, bem como uma imagem virada para o futuro, relativamente à população da denominada 3ª idade.

Do ponto de vista de saúde global, as diferentes formas de maus-tratos contra o idoso comprometem a sua qualidade de vida, acarretando somatizações, transtornos psiquiátricos e morte prematura. Além disso, geram gastos com os sectores da saúde, seja pelo aumento do número de atendimentos no ambulatório, seja por internamentos hospitalares.

Diante desse cenário, a estimativa da violência contra o idoso representa uma tarefa importante e repleta de desafios, principalmente no que diz respeito ao planeamento das estratégias eficazes capazes de lidar correctamente com este problema.

A existência de actos violentos, negligência e maus-tratos contra indivíduos idosos é um fenómeno que nas últimas décadas começou a despertar o interesse na comunidade científica.

No âmbito do estudo da violência doméstica, os maus-tratos contra os idosos foram os últimos a serem contemplados como uma questão de saúde pública. Esse fenómeno vem sendo experimentado sob várias facetas na nossa e noutras sociedades. Incluem-se também nos maus-tratos aqueles sofridos no seio da família, abandono em asilos, perda de direitos próprios, tais como o exercício da cidadania, preconceitos e em última instância, ostracismo e exclusão social.

Verifica-se que a solidão, o isolamento e exclusão e a tendência dos idosos a não relatarem as suas adversidades são alguns dos factores relacionados com a dificuldade em se obterem estimativas correctas da magnitude deste problema. Assim, como no contexto das demais formas de violência doméstica, os serviços de saúde parecem ser um local privilegiado para a identificação do problema e implementação de estratégias

de acção visando ao seu enfrentamento, bem como os serviços médico-legais, especialmente se houver protocolos de cooperação entre estes dois sectores.

Porém, no momento actual, são ainda poucas as evidências sobre como se deve suspeitar ou reconhecer efectivamente a presença de violência doméstica e também são raros os profissionais de saúde que rastreiam correctamente pacientes que não possuem alguma lesão aparente. Torna-se, pois, crucial, estabelecer instrumentos apropriados para rastreio em idosos de tais situações, no sentido de, primeiro, despistar tais situações e, segundo, efectuar a sua prevenção.

A identificação de maus-tratos contra idosos deve contemplar uma avaliação que utilize fontes diversas de informação como por exemplo: cuidadores, os próprios idosos e/ou agentes que intervêm nas situações de abuso, bem como outros elementos tais como o ambiente social onde se encontravam inseridos (vizinhos, centros sociais, etc).

O estatuto social do idoso está fragilizado e os estigmas sobre a velhice ameaçam transformar o idoso num ser descartável. O próprio idoso, por pressão do estigma, sente-se muitas vezes ultrapassado, acha que já teve a sua época e que agora já não serve para mais nada. A negação social do direito a existência é uma das mais graves formas de violência e é perpetrada pelo próprio idoso em relação a si mesmo e pela sociedade.

De salientar que, quando se fala de violência contra o idoso, é comum pensar-se logo em espancamento, tortura, privações e aprisionamento (que infelizmente são comuns), mas, para além destas, existem muitas outras situações de violência que são complexas, de difícil diagnóstico e prevenção.

Muito frequentemente, os agressores dos idosos são os seus próprios cuidadores, muitas vezes familiares próximos. Na grande maioria dos casos o agressor é o companheiro(a) ou os seus próprios filhos.

Como já se referiu, são variadíssimas as formas de violência a que o idoso está sujeito: maus-tratos e abusos físicos, maus-tratos psicológicos, negligência por abandono, negligência medicamentosa ou de cuidados de saúde, abuso sexual, abuso material e financeiro, privação e violação dos direitos humanos.

Os maus-tratos contra os idosos praticados pela família e pelos cuidadores são muitas vezes agravados pela falta de preparação e pouca sensibilização para a velhice. Quanto maior o índice de dependência do idoso e a precariedade social mais provável é ocorrerem situações de maus-tratos. Quem conhece a realidade institucional não legalizada (e por vezes até algumas legalizadas) sabe que não são raras as situações em que se verifica um completo desrespeito pela dignidade do idoso mais dependente, sobretudo no que concerne à satisfação de necessidades fisiológicas básicas, cuidados primários de saúde e higiene e o tão essencial contacto humano.

O abandono, a desqualificação da sua personalidade e experiência, a “infantização”, o atropelamento ao direito de ser ouvido, a negação de um espaço físico onde se possa sentir seguro ou a interdição para administração dos seus bens, são formas comuns de violência contra o idoso. A superprotecção também pode ser uma forma dissimulada de agredir, impedindo o idoso de fazer coisas para as quais tem condições plenas.

É preciso mudar esta mentalidade voltada para a morte. Há que transformá-la num maior investimento na melhoria da qualidade de vida do idoso, estimulando-lhe o prazer e alegria de estar vivo.

Temos de caminhar no sentido de proporcionar ao idoso uma velhice serena como prolongamento normal da existência. Devemos evitar as separações forçadas do próprio meio e dar sempre aos mais velhos a possibilidade de desenvolverem iniciativas e actividades que sejam compatíveis com as suas condições físicas e psíquicas.

O aumento da esperança de vida tem vindo a criar situações em que os filhos e os outros familiares directos dos denominados “grandes idosos” também já são idosos, pelo que necessitam igualmente de apoio e não estão em condições de cuidar de outras pessoas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) teme que o aumento do número de idosos no mundo agrave as situações de violência relacionadas principalmente com a ruptura de laços tradicionais entre gerações e com o enfraquecimento dos sistemas de protecção social. Prevê-se que o número de pessoas com mais de 60 anos duplique até 2025, passando de 542 milhões em 1995 para 1200 milhões nessa data, dos quais 850 milhões em países em desenvolvimento, onde a preocupação fundamental é com a força

de trabalho activa e não com a força de trabalho já consumida, como acontece com os idosos. Ainda segundo a OMS, apenas 30% dos idosos do mundo inteiro estão actualmente a receber pensões de reforma ou subsídio de velhice e invalidez, o que torna muito precárias as suas condições de existência e os expõe a riscos acrescidos de violência; uma violência que tanto pode ser exercida em ambiente familiar como institucional ou social.

A violência na família pode ter diversas causas e assumir um carácter mais ou menos explícito. Assim, ela pode ser motivada pela apropriação, não desejada, dos bens do idoso pelos seus familiares, levando a uma perda de autonomia e de poder do idoso; pela desresponsabilização dos familiares pelos cuidados de sobrevivência do idoso deixando este abandonado; ou pela reversão das funções de autoridade dentro da família, passando o idoso a ser comandado por alguém de uma geração mais nova a quem terá de obedecer. Trata-se, em geral, de manifestações de uma violência mais simbólica e psicológica do que física, mas nem por isso menos marcante e efectiva.

Nas instituições a violência torna-se, muitas vezes, mais aparente devido ao maior distanciamento afectivo, à impossibilidade dos cuidados e a um regime disciplinar demasiado apertado e rígido. A situação agrava-se sempre que as instituições sofrem de falta de recursos o que parece ser a regra e não conseguem satisfazer as necessidades dos idosos que elas acolhem. O reflexo da falta de recursos evidencia-se na impreparação e na falta de estímulos das pessoas que nelas prestam os cuidados aos idosos e na própria baixa qualidade dos serviços prestados. Daí a imagem negativa que muitos idosos têm das instituições e a violência que representa, nesses casos, a falta de alternativas à sua institucionalização.

De uma forma geral, a sociedade tolera e, por isso, torna-se cúmplice do abandono, da falta de respeito e da degradação da condição social dos idosos, contribuindo assim para a difusão de uma cultura de violência (de certo camuflada) contra aqueles que não se integram nos novos padrões sociais de beleza, dinheiro e consumo.

A comunicação social, designadamente a televisão tão apreciada pelos idosos, cumpre um papel fulcral no exacerbamento destes valores: nos anúncios raramente aparecem idosos, os bens de consumo anunciados raramente lhes são acessíveis e a toda a hora são enfatizados os valores da juventude.

A marginalização dos idosos e a violência simbólica que contra eles é exercida operam através de processos complexos e nem sempre visíveis. Um desses processos é de natureza comunicacional. Sabe-se como, com o passar dos anos, as pessoas vão adquirindo competências culturais, linguísticas, verbais e gestuais profundamente radicadas nos contextos sociais em que a sua vida se desenrola (família, trabalho, comunidade, lazer) e assumindo diferentes modos de se exprimirem. Ignorar estes factos ou exigir que os idosos se comportem e comuniquem de acordo com os modelos actualizados é uma forma de exercício de violência simbólica, que muitas vezes dificulta as relações inter-geracionais e conduz à exclusão dos idosos da vida familiar e social.

Perante um idoso, é forçoso ter sempre presente que se trata de uma pessoa diminuída nas suas capacidades de reacção e adaptação ao meio e às agressões da vida: as reacções são mais lentas e os reequilíbrios do organismo precisam de mais tempo para se recuperarem, ao mesmo tempo que se começam a desvanecer os ideais de juventude, o dia a dia vive-se muitas vezes com desânimo e a rotina é facilmente instalada.

O processo natural do envelhecimento também favorece a marginalização, mas é importante reconhecer que não foi sempre assim. No passado, o envelhecimento era valorizado pela sabedoria de vida que trazia associada.

Em geral, os idosos convivem com uma sensação desconfortável de “perda e de luto” numa sucessão demasiado rápida, que significa também a proximidade do seu próprio fim (Stenvenson, 1989). Qualquer que seja, porém, a importância do fenómeno biológico do envelhecimento, o que importa acentuar aqui é que, na grande maioria dos casos, as diferenças notórias observadas entre pessoas da mesma idade se devem sobretudo a factores externos, de ordem social, que foram actuando ao longo do tempo (como o regime alimentar, a natureza do trabalho, a instrução, a vida familiar e profissional, as condições de habitação). É assim que, na mesma população, alguns indivíduos têm o seu processo de envelhecimento acelerado, pelo sobreconsumo do seu próprio corpo, enquanto outras puderam defender-se preservando a sua saúde e retardando, deste modo o seu envelhecimento.

Sabe-se que a violência é um fenómeno complexo, multifacetado e dinâmico de difícil controlo, até mesmo em países com alto nível de qualidade de vida. Minayo,

(1994) justifica que esta dificuldade ocorre exactamente porque o espaço de criação e desenvolvimento da violência é a vida em sociedade. Actualmente considera-se até que a violência domiciliária constitui um sério problema de saúde pública.

Estudos comparativos têm mostrado que indivíduos idosos de várias classes socioeconómicas, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos, que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira (Menezes, 1999; Fávoro, 2003; Minayo, 2003).

Contudo, a violência contra o idoso é tida como uma das mais severas e desiguais formas de agressão, visto que há uma ampla relação de desigualdade do ponto de vista físico e psicológico. Isto ocorre devido aos défices auditivo, visual, motor e cognitivo que o idoso apresenta, além do facto de o mesmo ser submetido a uma situação constrangedora diante dos outros familiares (Menezes, 1999)

Nas últimas décadas notou-se um aumento significativo dos fenómenos relacionados com a violência na sociedade. A violência tem-se mostrado com uma face tão feroz quanto qualquer outra ocorrência dita catastrófica (Muza, 1994).

Configurando-se como um problema social e histórico, deve ser apreciado como objecto de atenção especial para a saúde pública e demais sectores públicos requerendo destes um esforço sobre-humano no sentido de se criar estratégias para o seu enfrentamento (Hijar *et al.*, 2003). Entretanto para se enfrentar a violência, é necessário, primeiramente, compreendê-la. Considera-se a violência como um conceito referente aos processos, às relações sociais e interpessoais de grupos, de classes, de género. Pode ser objectivada em instituições, quando são empregues diferentes formas de aniquilamento a outrem, ou coacção directa ou indirecta causando danos físicos, mentais e morais (OMS,1985).

A violência é um fenómeno biopsicossocial, que tem como espaço de criação e desenvolvimento a vida em sociedade, de forma que, para entendê-la, seria necessário apelar para a especificidade histórica (Minayo, 1994). Marino (2004) analisa as formas e tendências históricas da violência na América Latina e considera que a mesma se encontra alicerçada em três princípios básicos: a desigualdade económica, a desintegração social e a distribuição desigual do poder dos indivíduos inseridos em determinado espaço social.

São considerados quatro tipos de violência nesta perspectiva: a violência estrutural, que delimita tanto estruturas organizadas e institucionalizadas da família como sistemas económicos, culturais e políticos que determinam a opressão de grupos, classes, nações, indivíduos, tornando-os mais vulneráveis do que outros ao sofrimento e à morte; a violência cultural, que se relaciona com a anterior, acrescida de manifestações de machismo, racismo, imposição de actos ou ideias, privilegiando outros ou desvalorizando pessoas, limita a criatividade e a liberdade; a violência de resistência, que se constitui em diferentes formas de reacção dos grupos subjugados pela violência estrutural, com o objectivo de contestação; e a violência de delinquência que é conhecida como crime e está relacionada com acções praticadas fora da lei (Minayo,1994).

Apresenta-se ainda a classificação de Agudelo Apud Camargo e Buralli (1998) relativamente à violência, de acordo com quatro pontos de vista:

A) O primeiro diz respeito ao problema de poder. Para Marino (2004) o poder envolve a habilidade probabilística, por parte de alguns agentes individuais ou colectivos, de impor a sua vontade sobre os outros, fora de qualquer marco organizacional ou institucional. Assim, a violência ocorre na medida em que as relações entre os indivíduos se constroem ou se delimitam de forma assimétrica, onde o poder se encontra em determinado indivíduo que determina o seu querer em detrimento dos outros. Minayo (1992) acrescenta que em sociedades de classes, como as Latino-americanas a violência é entendida como um elemento fundamental de interesses de classes, de domínio económico e político.

B) O segundo ponto seria considerar a violência como um problema assimétrico que nos revela que quanto maior a desigualdade entre os indivíduos maior é o potencial da violência.

C) A violência também pode ser compreendida como um problema de anti-acção, que se relaciona com o uso indiscriminado da força física em prol de matar, aniquilar, deixar sequelas como forma de destruir ou negar uma ordem ou sistema legal.

D) A violência também pode ser considerada como um problema de pró-acção, ou seja, quando é utilizada para restaurar, restituir ou defender um direito ou construir uma ordem ou sistema legal, tal como por exemplo, o Movimento dos Sem Terra no Brasil.

A violência contra os idosos deve ser analisada no contexto das grandes mudanças familiares. Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência que vão desde insultos e agressões físicas perpetradas pelos próprios familiares e cuidadores (violência doméstica) a maus-tratos sofridos em transportes públicos e instituições públicas e privadas. Esta violência pode também ser decorrente de políticas económicas e sociais que mantenham ou aumentem as desigualdades socio-económicas ou/e socioculturais que legitimem o uso da violência social: ou seja, se por um lado, a violência contra os idosos se insere nos meandros dos conflitos intrafamiliares, muitas vezes invisíveis para a sociedade, por outro lado, a própria construção do “ser idoso” nas sociedades capitalistas associa idade avançada à obsolescência, o que se traduz em violência social. Isto coloca a questão da violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania num ambiente democrático.

Algumas pessoas pensam que providenciar tratamento e medicação adequada é suficiente para preservar a saúde e o bem-estar dos seus familiares mais velhos. Mas providenciar tratamento e medicação não chega. Não adianta tentar aliviar a consciência dando o melhor tratamento médico, quando se nega um carinho, uma visita ou um telefonema. O acompanhamento, a estimulação, o amor e a atenção oferecem ao idoso a oportunidade de ser útil a si mesmo e aos outros, de se divertir, aproveitar a vida, em suma de viver.

O envelhecimento populacional é hoje um fenómeno mundial pelo que, nas últimas décadas, as sociedades voltam sua atenção para as questões políticas, económicas, culturais, sociais e de saúde, provocadas por esse fenómeno.

Em decorrência das alterações normais desencadeadas no organismo pelo processo de envelhecimento, muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos; a maioria delas surge da fragilidade e vulnerabilidade próprias do seu estado fisiológico, o que os tornam vítimas potenciais da crescente violência social. De um modo geral a violência crescente na população idosa tornou-se um tema bastante discutido no meio científico, mas a acção para conseguir neutralizá-la ainda é incipiente. Os conceitos de violência, maus-tratos e abuso são, muitas vezes, utilizados com o mesmo significado e embora a maioria das pessoas as interpretem como agressão física, elas apresentam diferenças significativas entre as culturas nas diversas sociedades.

Desde 1980, a violência tem sido reconhecida como questão de saúde pública não somente do ponto de vista dos traumatismos físicos, mas também decorrente dos sérios problemas enfrentados pelos indivíduos, os quais podem afetar a sua saúde mental.

Entrando no campo da saúde coletiva, em 1993, a Organização Mundial da Saúde definiu violência como uma doença ou afecção de causa externa, conforme consta na Classificação Internacional de Doenças - CID10.

No ano de 2002, esses maus-tratos foram classificados, segundo a Classificação Internacional das Doenças - CID10, capítulo XIX (S00-T98), como “lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” e, no capítulo XX (V01-Y98), como “Causas externas de morbidade e de mortalidade”.

A violência pode ser cometida dentro ou fora de casa por alguns membros da família, ou ainda por pessoas que possam assumir a função parental, mesmo sem laços de consanguinidade, mas que exerçam uma relação de poder perante a outra. Assim sendo, a natureza dos actos violentos pode ser: física, psíquica, material, sexual, negligência e confinamento.

É importante destacar que o núcleo familiar é o principal responsável pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o proteja de todo o tipo de abuso.

A temática do núcleo familiar é ampliada com a definição de arranjos familiares que são formas importantes de transferência e suporte do cuidado entre gerações, em que a co-residência entre elas num mesmo domicílio pode tanto proporcionar maior troca nas relações entre os membros, estimular solidariedade, ajuda, como também gerar conflitos, levando aos maus-tratos domésticos.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem debater a violência/maus-tratos para criação de propostas de intervenção, com vista a melhorar o diagnóstico de ocorrência de maus-tratos e a ideologia social da família.

Cabe ressaltar que não existe uma análise da violência praticada contra os idosos, seja em instituições, abrigos, hospitais e lares, nem tão pouco dos seus efeitos na saúde das vítimas.

As violências contra pessoas mais velhas precisam de ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, socio-antropológicos e epidemiológicos. No primeiro caso, deve-se situar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo.

Antropológica e culturalmente, a idade cronológica é redefinida como um princípio norteador de novos direitos e deveres. Isto quer dizer que a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice não constituem propriedades substanciais que os indivíduos adquirem com o avanço da idade. Pelo contrário “o processo, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem as fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social” (Minayo, 2000).

Geralmente, nos diferentes contextos históricos há uma atribuição de poderes para cada ciclo da vida. Mas também faz parte da história um “desinvestimento” político e social na pessoa do idoso. A maioria das culturas tende a separar esses indivíduos, segregá-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte. Num estudo sobre etnias africanas, Riffiotis (2000) demonstra como nessas tribos, onde impera uma rígida divisão de funções etárias, a intenção de aniquilamento político dos velhos é ritualizada, pois numa determinada fase da vida, os idosos são levados para morrerem, em cavernas distintas dos seus povoados.

É ainda hoje bastante significativa a pesquisa do antropólogo Simmons (1945) sobre a visão e a expectativa de velhos em setenta e uma sociedades indígenas, em relação as suas tribos e ao lugar que ocupavam. Essa investigação, que não foi repetida de novo, merece, pela sua relevância, ser citada quase sessenta anos após ter sido realizada. O autor afirma que, em todas sociedades estudadas, encontrou os seguintes desejos expressos pelos idosos:

- a) viver o máximo possível;
- b) terminar a vida de forma digna e sem sofrimento;
- c) encontrar ajuda e proteção para a sua progressiva diminuição de capacidades;
- d) continuar a participar nas decisões da comunidade;
- e) prolongar, ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito.

1.1.2. Idosos e tipos de maus-tratos

- Maus-tratos físicos: O uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, dor física ou incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico.
- Maus-tratos psicológicos ou emocionais: condutas que causam danos psicológicos como manipulação, ameaças, humilhações, chantagem afetiva, desprezo ou privação de poder de decisões, negação do afeto, isolamento e marginalização.
- Maus-tratos socioeconómicos ou financeiros: Uso ilegal ou inapropriado não consentido de fundos, propriedades ou bens do idoso.
- Maus-tratos sexuais: Contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa.
- Negligência: Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.
- Autonegligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança.

Exemplos de cada um dos diferentes tipos de maus-tratos:

a - Maus-tratos físicos.

Bater, empurrar, arranhar ou restringir

Ameaçar com um instrumento (ex: faca, pau, outro)

Atacar, danificar ou ferir sexualmente

b - Maus-tratos psicológicos.

Gritar, chamar nomes, insultar

Ameaçar com ferimento físico,

Fechar o idoso num quarto,

Seguir o idoso ou andar sempre à volta dele.

c - Negligência pelo próprio ou pelos outros.

Negar cuidados e supervisão adequada (especialmente em casos de pessoas com incapacidade física ou mental)

Não estar a ser tratado por problemas de saúde.

Isolamento forçado.

Vestuário inadequado face ao tempo ou às condições ambientais.

Ausência de instalações adequadas.

Refira-se que o ritmo da vida e as regras impostas pelas sociedades contemporâneas levam a que os familiares não tenham disponibilidade, nem queiram muitas vezes tratar dos seus parentes. Por outro lado, perante a situação de abandono por parte dos familiares, o idoso nunca denuncia a situação porque existe sempre dependência entre o idoso (vítima) e o parente (agressor).⁽¹³⁾

Pode ainda considerar-se negligência pelos outros, o abandono de idosos em meio hospitalar. Tal sucede mais frequentemente em épocas festivas ou férias. O seu número tem vindo a aumentar quase todos os anos e tem maior predominância nos idosos doentes, acamados e dependentes, sendo da responsabilidade dos familiares que, muitas vezes poderiam cuidar dos idosos em casa.⁽¹³⁾

Refira-se que no serviço de urgência são indicadas moradas falsas ou telefones inexistentes, demonstrando-se assim, nitidamente, que os familiares não pretendem ter novamente a seu cargo o idoso, com os problemas que uma pessoa dependente comporta.

Por outro lado, muitos idosos por vontade própria ou por exigência das circunstâncias vivem sozinhos sem qualquer tipo de acompanhamento da família ou de assistência social. Esta “escolha” traduz-se em solidão, pobreza, isolamento, esquecimento, tristeza e desamparo.⁽¹³⁾

d - Maus-tratos socioeconómicos.

Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedade ou outros bens sem consentimento.

Assinatura forjada em cheques ou em outros documentos financeiros.

Resumindo, as causas que contribuem para que o idoso seja vítima de abandono, são:

- Idade avançada.
- Existência de comorbilidade.
- Limitação funcional.
- Deterioração cognitiva.
- Alterações psicológicas do comportamento.
- Dependência física e emocional do idoso relativamente ao cuidador.
- Escassos recursos económicos.
- Nível educacional reduzido.
- Condições de saúde precárias.
- Isolamento social e antecedentes pessoais de maus-tratos.

1.2. Problemática do envelhecimento a nível mundial

Segundo as Nações Unidas, a proporção da população mundial igual ou superior a 60 anos cresceu de 8% em 1950 para 12% em 2013. Projecta-se que vai ainda aumentar mais rapidamente nas próximas quatro décadas, atingindo os 21% em 2050. Verifica-se, no entanto, uma variação entre o padrão de aumento da população idosa em países mais desenvolvidos e nos em vias de desenvolvimento: nos primeiros, verificou-se que era de 12% em 1950, atingiu os 23% em 2013 e é suposto alcançar os 32% em 2050; nos segundos, a proporção de pessoas idosas aumentou lentamente entre 1950 e 2013, de 6% para 9%; no entanto, prevê-se que este aumento vai acelerar nas próximas décadas, atingindo os 19% em 2050. Nos países menos desenvolvidos, a proporção de idosos tem permanecido relativamente estável em cerca de 5% durante várias décadas, mas conta-se que esta proporção vai duplicar até 2050. Prevê-se assim que a população idosa vai exceder o número de crianças pela primeira vez em 2047 (World Population Ageing, UN, 2013).

Por outro lado verifica-se que na população idosa, o sub-grupo “população mais idosa” tem também sofrido um aumento. Dentro da população idosa, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos aumentou de 7% em 1950, para 14% em 2013, prevendo-se que em 2050 atinja os 19% e em 2100 os 28%. Ou seja, no final deste século existirão cerca de 830 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos.

Esta problemática do envelhecimento vai reflectir-se, necessariamente, nos programas dos governos, face às transferências relativamente às pensões e cuidados de saúde.

Em países desenvolvidos são geralmente as taxas pagas que constituem a maior parte do rendimento que vai suportar as despesas da população idosa após a reforma, seja através de pensões ou de cuidados de saúde. Calcula-se que, em cerca de metade dos países desenvolvidos, as despesas com a população idosa, estão suportadas total ou parcialmente pelos serviços públicos. Na Áustria, Finlândia, Alemanha, Hungria e Eslovénia, os esquemas públicos desenvolvidos cobrem mais de 70 a 90% das despesas deste grupo etário. Refira-se ainda a Suécia que possui um sistema social universal de seguro que cobre 100% das despesas desta população. Há, no entanto, outros países desenvolvidos, tais como os Estados Unidos da América e o Japão, cujos programas

sociais não são tão expansivos, cobrindo apenas 30 a 50% dos encargos com a população idosa através destas transferências públicas.

Em países em vias de desenvolvimento o papel das transferências públicas varia muito, sendo de um modo geral, menos importantes que nos países desenvolvidos. Programas públicos para a população idosa são ainda incipientes em países tais como a Índia, Tailândia, Indonésia e Filipinas, onde a transferência pública para estes casos é muito pequena ou praticamente nula. No entanto, em países da América Latina, este tipo de transferência pública tem vindo a transformar-se grandemente, tendo-se constituído no Chile, Costa Rica e Uruguai um sistema de pensões públicas e de saúde que cobre aproximadamente 50% das despesas desta população. Outro caso descrito é o do Brasil, em que o sistema de pensões e outras transferências públicas para a 3ª idade permite uma abrangência de 90-100% na população idosa. Na Ásia, a República da Coreia tem também um programa social de suporte à 3ª idade, em que cerca de um terço desta população é abrangida. Segundo estudos de Kakwani and Subbarao, 2005, verifica-se que a pobreza na população idosa é ainda prevalente na região africana sub-saariana, sendo superior à da população total – 36,7 a 68,9% na população total para 43,7 a 79,4% na população idosa.

Relativamente à habitação verifica-se que globalmente cerca de 40% da população idosa vive de forma independente, ou seja, sozinha ou com o cônjuge. Esta vivência independente é mais acentuada nos países desenvolvidos do que nos em vias de desenvolvimento: nos primeiros, cerca de três quartos dos idosos vive de modo independente, enquanto nos segundos é de apenas um quarto. Nos países menos desenvolvidos esta razão passa para um oitavo.

Quanto ao trabalho, verifica-se que muitas pessoas idosas, especialmente em países em vias de desenvolvimento, continua produtiva. Em 2010, a força de trabalho da população de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos era de 31% nas regiões menos desenvolvidas e de 8% em regiões mais desenvolvidas. É interessante verificar que nos casos de maior produção laboral na 3ª idade, esta é efectuada pelo género masculino, constituindo uma fonte importante de rendimento.

Relativamente à Europa, a população idosa tem vindo a ultrapassar a população mais jovem desde 1995 e, em 2050, espera-se que a população com mais de 60 anos venha a duplicar a população com menos de 15 anos.

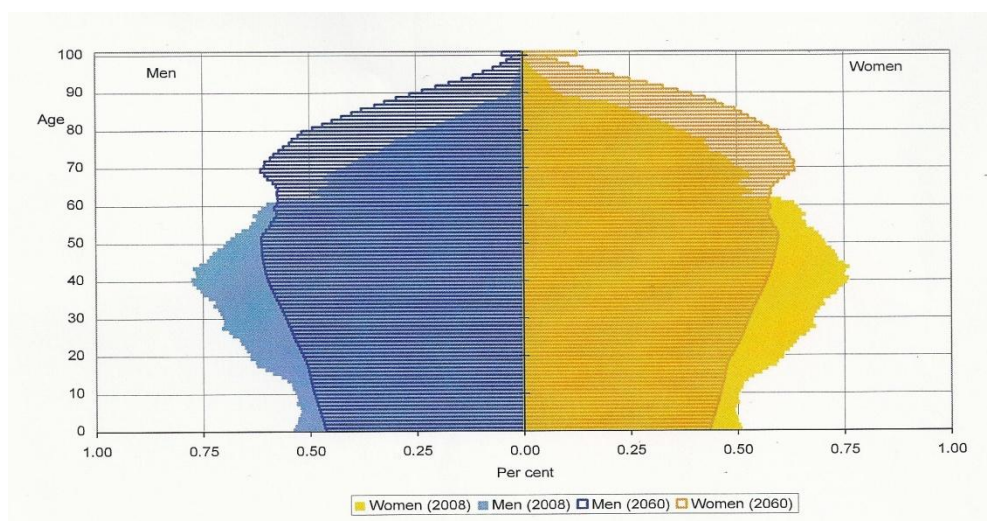


Figura 1: Pirâmide populacional EU27, 2008, 2060 - in Eurostat, EUROPOP2008 convergence scenario

Tal situação vai acarretar, necessariamente, risco de maior pobreza na 3ª idade.

Tabela 1: Ratio de risco de pobreza ou exclusão social por grupo etário na Europa, 2012 (%) – in Eurostat in Eurostat, EUROPOP2008 convergence scenario

	Total	Children (0 - 17)	Adults (18 - 64)	Elderly (65 years and over)
EU-28 (¹)	24.8	28.0	25.3	19.3
Euro area (¹)	23.3	25.6	24.3	17.5
Belgium	21.6	23.1	21.6	19.6
Bulgaria	49.3	52.3	45.6	59.1
Czech Republic	15.4	18.8	15.5	10.8
Denmark	19.0	15.3	21.5	14.6
Germany	19.6	18.4	21.2	15.8
Estonia	23.4	22.4	24.2	21.8
Ireland	21.2	21.2	21.2	21.2
Greece	34.6	35.4	37.7	23.5
Spain	28.2	33.8	29.7	16.6
France	19.1	23.2	19.8	11.1
Croatia	32.3	33.8	31.5	33.2
Italy	29.9	33.8	30.4	25.2
Cyprus	27.1	27.5	25.8	33.4
Latvia	36.2	40.0	35.9	33.7
Lithuania	32.5	31.9	31.7	35.7
Luxembourg	18.4	24.6	18.8	6.1
Hungary	32.4	40.9	32.9	20.6
Malta	23.1	31.0	21.1	22.3
Netherlands	15.0	16.9	16.5	6.2
Austria	18.5	20.9	18.4	16.2
Poland	26.7	29.3	26.7	23.4
Portugal	25.3	27.8	25.5	22.1
Romania	41.7	52.2	40.2	35.7
Slovenia	19.6	16.4	19.7	22.8
Slovakia	20.5	26.6	19.9	16.3
Finland	17.2	14.9	17.3	19.5
Sweden	15.6	15.4	15.1	17.9
United Kingdom	24.1	31.2	23.8	16.9
Iceland	12.7	16.0	12.9	5.0
Norway	13.8	11.9	15.6	9.7
Switzerland	17.5	18.8	13.9	30.2

(¹) Estimated data

Em 2012, verifica-se que, na maior parte dos países europeus, os indivíduos com idade superior a 65 anos apresentam uma taxa de risco de pobreza ou exclusão social preocupante, excepto em países tais como a França, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Islândia, e República Checa. Se a tendência é para o aumento da 3ª idade (Fig 1), logicamente que o problema se irá agudizar.

1.2.1. Situação em Portugal

A sociedade portuguesa tem registado um acentuado envelhecimento demográfico: em 1960 era de 8,0%, passando para 16,4% em 2000. Pelo contrário, a população jovem (menos de 15 anos) decresceu de 29,1% em 1960 para 16% em 2000. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a população envelhecida irá duplicar até 2050, atingindo então 32%. Este crescimento da população idosa colocou Portugal entre os países mais envelhecidos do mundo, estando em 10º lugar relativamente a habitantes com idade igual ou superior a 60 anos. No que toca aos países da União Europeia, Portugal encontra-se na 7ª posição relativamente a este dado. Para esta situação contribuem factores, tais como: manutenção de baixos níveis de fecundidade, aumento da esperança de vida e movimentos migratórios para o estrangeiro.

Neste envelhecimento demográfico verifica-se discrepância acentuada em termos de género: as mulheres são o grupo mais representativo relativamente à progressão de idade.

Dados do INE de 2000 revelam qual o estado da população idosa relativamente ao género, estado de saúde e nível de instrução:

Tabela II: Algumas características da população idosa (65 ou mais anos) total e dos 10% mais pobres, Portugal, 2000 (%) – in INE 2000

Variáveis da Análise		População: + de 65 anos nos 10% + pobres	População: + de 65 anos (total da população)
Género	Masculino	37,4	40,9
	Feminino	62,6	59,1
Estado de Saúde	Muito Bom	0,0	0,2
	Bom	4,3	7,0
	Razoável	38,9	39,0
	Mau	40,8	42,4
	Muito Mau	8,8	11,4
Nível de Instrução	Nenhum	72,1	54,4
	1º Ciclo Ensino Básico	25,1	34,8
	2º Ciclo Ensino Básico	1,5	2,2
	3º Ciclo Ensino Básico	1,3	3,9
	Ensino Secundário	0,0	3,1
	Ensino Superior	0,0	1,6

No estudo efectuado em 2007 pela CEDRU, em 1324 inquiridos com 55 anos ou mais, verificou-se que 38% pertenciam ao grupo etário entre os 65 e 74 anos, sendo ainda de salientar que 25% tinham uma idade entre os 75 e os 84 anos.

Verificou-se ainda neste estudo que:

TABELA III: Estado de Saúde, segundo os grupos etários, 2007 (%) – in CEDRU 2007

Grupos etários	Existência de Patologia			Avaliação do Estado de Saúde				Total (N°)
	Sim	Não	Não responde	Bom	Razoável	Mau	Não responde	
55-64	45,9	53,5	0,7	40,3	52,8	6,2	40,3	434
65-74	47,4	51,2	1,4	36,6	58,0	4,2	46,6	500
75-84	58,9	39,9	1,2	26,9	59,8	11,5	26,9	331
85 ou+	63,6	32,7	3,6	25,5	54,5	16,4	25,5	55
NR	75,0	25,0	0,0	25,0	75,0	0,0	25,0	4
Total	50,5	48,3	1,2	34,9	56,6	7,2	34,9	1324

TABELA IV: Utilização de respostas sociais para idosos, 2007 (%) – in CEDRU 2007

Tipologia de resposta social	Utiliza			Total
	Sim	Não	Não responde	
Apoio domiciliário	2,3	95,7	2,0	100,0
CAT de emergência	0,7	97,3	2,0	100,0
Centro de Convívio	2,2	80,0	17,8	100,0
Centro de dia	2,5	79,1	18,4	100,0
Centro de férias	0,8	81,0	18,2	100,0
Centro de noite	0,0	81,3	18,7	100,0
Lar	1,7	79,5	18,7	100,0
Residências	0,2	66,1	33,7	100,0

TABELA V: Actividades de ocupação dos tempos livres dos seniores realizadas diariamente segundo o sexo, 2007 (%) – in CEDRU 2007

Actividades diárias de ocupação dos tempos livres	Género	
	Feminino	Masculino
Estudar	50,0	50,0
Trabalhos domésticos	88,3	11,7
Cuidados familiares	66,1	33,9
Ver televisão	52,0	48,0
Dedicar-se à leitura	45,7	54,3
Computador com internet	31,1	68,9
Convívio c/ família / amigos	45,4	45,6
Passeios a pé	47,9	52,1
Pratica desporto	42,9	57,1
Pratica hobbies, jogos	20,7	79,3

No que toca ao nível de saúde o mesmo estudo da CEDRU verificou que os encargos financeiros surgem como as necessidades mais mencionadas (custos com as consultas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no sector privado, com os meios complementares de diagnóstico e encargos com a medicação). Há ainda a registar a necessidade de cuidados de saúde básicos em população privada de assistência médica elementar.

Outro aspecto a considerar são as dificuldades locomotoras desta população, o que condiciona a necessidade de alterações nas habitações (muitas das quais necessitavam de obras de reparação e conservação) e em meios de transporte eficazes.

Quanto às necessidades de lazer, verifica-se que esta população idosa tem muito tempo disponível que importa ser devidamente ocupado, condição esta essencial para a qualidade de vida desta população. A principal necessidade é a de convívio, no sentido de estas pessoas não se sentirem excluídas da restante população. Outro factor importante é a pouca existência de actividades lúdicas.

1.2.2 Idosos e situação em Angola

No sentido de melhor compreender a situação dos idosos em Angola, e mais particularmente em Luanda, apresentar-se-á uma breve caracterização deste país e, mais particularmente, da capital.

Angola tem uma área de 1.246.700 km² e uma população de 19 milhões de habitantes. Luanda, a capital, tem uma área de 2225 km² e apresenta uma população de, aproximadamente, 5 milhões de habitantes (*United Nations Department of Economic and Social Affairs.2010*). É também o principal centro económico do país. Refira-se que os dados relativos à população poderão sofrer brevemente alterações, uma vez que o Estado programa, a curto prazo, a realização de um recenseamento.

Os habitantes de Luanda são, na sua grande maioria, membros de grupos étnicos, tais como os ambundu, ovimbundu e bakongo. Existe uma minoria significativa de origem europeia, constituída principalmente por portugueses, e uma grande comunidade chinesa. A língua oficial é o português, que é a mais utilizada, sendo também faladas várias línguas do grupo bantu, principalmente o kimbundu.

Em 2011 verificou-se uma reforma administrativa e a província de Luanda foi alargada, passando a contar com sete municípios: Belas; Cacuaco; Cazenga; Ícolo e Bengo; Luanda; Quiçama e Viana. Os anteriores municípios “Ingombota, Kilamba Kiaxi, Maianga, Rangel, Samba e Sambizanga” passaram a constituir o novo município de Luanda. ⁽⁵⁵⁾

Em Angola, o governo controlava e assistia em todo o país, até Novembro do ano 2009, um total de 226.597 pessoas idosas nas comunidades em situações de vulnerabilidade, sendo 123.761 mulheres e 102.836 homens.

No país existem apenas 1.031 utentes, internados nos 16 lares de assistência à pessoa idosa nas províncias de Benguela, do Bié, do Kuando Kubango, do Kuanza Sul, do Huambo, da Huila, de Luanda, da Lunda Sul, do Moxico, do Namibe e do Uíge.

No final do ano de 2012, foram inaugurados 3 novos lares de assistência à pessoa idosa construídos de raiz, nas províncias do Bié, Huambo e Moxico.

No âmbito da jornada do Dia do Idoso que se celebra, em Angola, no dia 30 de Novembro, foram realizadas duas palestras e um seminário de capacitação dos

jornalistas, uma feira do idoso com a participação de mais de 200 pessoas e um concurso de desenho com a participação de crianças dos 7 aos 14 anos de idade.

Nas comunidades, através das Direcções Provinciais da Assistência e Reinserção Social controlavam-se 259.620 pessoas idosas, que beneficiaram da assistência com alimentos, consultas médicas, bengalas para cegos e guias para idosos de entre outros apoios, como se vê no quadro seguinte:

Tabela IV: Número de Idosos Controlados na Comunidade.

Nº	Província	Género		Sub-Total
		M	F	
1	Bengo	1.686	1.874	3.560
2	Bié	7.998	9.977	17.975
3	Benguela	12.640	15.352	27.992
4	Cabinda	4.068	3.710	7.778
5	Cunene	10.356	15.352	25.708
6	Kuanza Sul	6.490	8.957	15.447
7	Kuanza Norte	4.247	5.127	9.374
8	K. Kubango	3.061	3.066	6.127
9	Huíla	8.457	8.620	17.077
10	Huambo	1.402	2.267	3.669
11	Lunda Sul	6.814	7.869	14.683
12	Lunda Norte	15.699	9.943	25.642
13	Luanda	10.828	18.675	29.503
14	Malange	8.668	10.972	19.640
15	Moxico	2.501	3.913	6.414
16	Namibe	3.471	4.124	7.595
17	Uíge	4.990	6.259	11.249
18	Zaire	4.850	5.337	10.187
Total Geral		118.226	141.394	259.620

Neste âmbito, um total de 447 idosos, sendo, 119 utentes de lares de assistência à pessoa e 328 das comunidades, foram integrados em actividades de terapia ocupacional, nas províncias do Bengo, Benguela, Bié, Kuando Kubango, Huambo, Huíla, Luanda, Malange, Moxico, Namibe e Uíge.

Com vista a dotar técnicos e responsáveis, a nível central e local de conhecimentos e metodologias adequadas ao bom desempenho, o sector realizou cursos de formação e de capacitação, tendo formado 294 pessoas.

Por outro lado, o sector realizou acção de formação de trabalhadores sociais num total de 61 vigilantes de 3ª idade.

Segundo dados constantes da monografia para conclusão da licenciatura da Dr.^a Maria do Rosário, socióloga em Luanda, no Instituto Superior de Educação, é referido que na situação do idoso em Angola se verificam diferenças entre a vida do idoso em meio rural e no meio citadino:

a) O idoso no meio rural mantém-se na sua própria residência, mesmo que tenha havido abandono deste por parte dos familiares próximos. No entanto, verifica-se que esta situação não diminui a sua auto-estima, uma vez que continua com as suas actividades habituais (nomeadamente as agrícolas) que lhe permitem a respectiva autosustentação, bem como no seu próprio meio, uma vez que existe entre-ajuda entre os habitantes da povoação.

b) Na cidade a situação é completamente diferente: são muitas vezes os familiares directos que expulsam ou se apropriam da casa ou bens do idoso. Assim, estes são deixados na rua ou à porta dos lares. Se se apresentam em situações de debilidade com problemas de saúde acabam, muitas vezes, por não resistir e morrem por falta de cuidados adequados.

1.3. Breve resenha histórica sobre a fundação do Lar da 3ª Idade Beiral

O lar foi fundado pelo governo Português sob tutela do Instituto de Assistência Social da Província de Luanda (ex-província de Angola), a 13 de Maio de 1953, com a finalidade de albergar idosos portugueses que foram funcionários da administração pública e que estavam em estado de reforma para que os seus subsídios de aposentação fossem dados a favor da instituição. Após a Independência de Angola passou a ser tutelada pela Secretaria da Assistência dos Assuntos Sociais, que actualmente se denomina MINARS, havendo reforma na política de trabalho administrativo passando a ser residido por qualquer tipo de idoso. Localiza-se no Bairro da Terra Nova, Município do Rangel, Província de Luanda.

O lar é uma resposta social que visa proteger e prestar serviços permanentes ou temporários a pessoas de 3ª idade com ou sem protecção familiar, que apresentam uma história de ausência de familiares ou de falta de comunicação inter-familiar e desde que estas pessoas estejam incapacitadas e debilitadas física e mentalmente e não consigam auto-sustentar-se. O mesmo recebe pessoas acima dos 55 anos de idade para o sexo feminino e 60 anos para o sexo masculino. O lar tem capacidade para albergar 180 idosos, mas devido a instabilidade política do país houve momentos em que já albergou duzentos e sessenta e sete idosos, dos quais cento e dezoito homens e quarenta e nove mulheres.

A sua política converge no sentido de estimular a actividade laboral dos trabalhadores do lar: estimular os trabalhadores de forma a participar mais activamente nas tarefas do lar e de alfabetização dos próprios trabalhadores (uma vez que nem todos possuíam qualquer tipo de nível escolar) no sentido de exercerem da melhor forma possível as suas funções. O Beiral não faz distinções de nacionalidade, raça ou religião, acolhendo pessoas de várias nações e classes sociais. Assim sendo, procura-se estabelecer um laço entre os vários grupos étnicos que residem no lar, sem qualquer tipo de discriminação.

2. OBJETIVOS

2. OBJECTIVOS

Procurou-se objectivar neste trabalho tanto dados gerais como específicos de um lar da terceira idade em Luanda, mais especificamente:

Objectivos Gerais

Analisar as causas do abandono e condições de vida e saúde de idosos residentes num lar da terceira idade em Luanda, mais propriamente o Lar de Terceira Idade Beiral.

Objectivos Específicos

Caracterizar o perfil dos indivíduos idosos relativamente a idade, género, estado civil, nível de escolaridade, residência anterior, profissão, reforma, grau de parentesco e relacionamento familiar prévio, e comparar o estado de saúde e de nutrição actuais e anteriores ao internamento.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico e descritivo de dados recolhidos pela mestranda, com base em entrevista individual a idosos de ambos os géneros, com idade superior ou igual a 60 anos, residentes no Lar da Terceira Idade, em Luanda. As entrevistas decorreram durante o período compreendido entre Julho e Setembro de 2011 e Abril e Julho de 2012.

O estudo dos casos foi efectuado com base numa ficha de recolha de dados (em anexo), tendo os dados recolhidos sido inseridos e processados através da utilização do programa Excel 2007, da Microsoft.

População de estudo

Fizeram parte deste estudo 113 indivíduos idosos, residentes no Lar da Terceira Idade (Beiral) em Luanda, no município do mesmo nome.

Variáveis de Estudo

- ✓ - Idade
- ✓ - Género
- ✓ - Profissão
- ✓ - Nível de Escolaridade
- ✓ - Estado Civil
- ✓ - Motivo do Abandono
- ✓ - Estado de Nutrição
- ✓ - Estado de Saúde
- ✓ - Residência Anterior
- ✓ - Estado de Satisfação

De referir que durante o estudo foi recolhido o peso, estatura e tensão arterial de cada um dos intervenientes.

Aspetos Éticos

O estudo foi realizado após a autorização escrita da Delegação Provincial do Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS) de Luanda, a Direção do Lar

da Terceira Idade de Luanda e do Departamento de Medicina Legal, tendo sido efectuado previamente a cada idoso entrevistado o pedido de consentimento informado de utilização dos dados fornecidos no trabalho agora proposto.

Crítérios de Admissão no Lar:

- Idoso com idade igual ou superior a 60 anos sem protecção familiar, e/ou sem capacidade de auto-subsistência;
- Idoso com história de ausência de familiar ou perda de contacto com familiar próximo;
- Idoso submetido a maus-tratos.

Algumas Definições Operacionais utilizadas neste estudo

a) Maus-tratos: Maus-tratos aos indivíduos da terceira idade são actos únicos ou repetidos, ou omissão que cause dano ou aflicção, e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

Abandono: O abandono é a deserção de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe oferecer cuidados.

Idade: Tempo de vida expresso em horas, dias, semanas, meses ou anos.

Idoso: Idoso é o indivíduo com idade de 65 anos ou superior em países desenvolvidos e 60 anos ou superior em países subdesenvolvidos (OMS).

Proveniência: Variável nominal policotómica expressa pelo município de residência do indivíduo observado no último mês.

Violência: Acto ou efeito de violentar, empregar força física contra um indivíduo ou algo que pode ser demonstrado através de palavras ou acções, obrigando uma pessoa a submeter-se à vontade de outra.

Cuidador: Entende-se por cuidador, pessoa que cuida, a partir de objectivos estabelecidos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação da pessoa idosa.

Envelhecimento: processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, psicológicas e sociais que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Solidão: Experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente em algum aspeto importante, quer quantitativa quer qualitativamente.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Organigrama e Caracterização do Lar da 3ª Idade Beiral

O lar apresenta uma estrutura organizacional em que conta, no geral, com 64 trabalhadores.

Tabela VII: Organigrama

Directora				
Área técnica			Área administrativa	
Assistente Social e Psicólogo (2)			“Economato” (1)	Motorista (1)
Educadora Social	Médico (1)		Pessoal de cozinha (7)	Guardas (4)
Vigilantes (25)	Enfermeiros (10)		Lavandaria (4)	Empregados de limpeza (3)
				Jardineiros

Relativamente às funções:

- a Directora tem as funções de dirigir, coordenar e orientar os serviços e velar pelo seu bom nome e eficiente funcionamento;
- a Assistente Social presta aconselhamento e acompanhamento social aos utentes e tenta promover a participação e autonomia dos utentes;
- o Psicólogo procede a um acompanhamento psicológico regular a todos os idosos que apresentem vulnerabilidade emocional, depressão, perda de memória e em todas as situações que o justifiquem;
- o Médico deve realizar consultas aos utentes no lar, mantendo organizado e actualizado o processo clínico do utente, devendo ainda articular-se com médicos de especialidade em caso de necessidade;

- o Enfermeiro gere e controla a medicação dos utentes;
- os **Vigilantes** procedem ao acompanhamento dos utentes no lar e cuidam da sua higiene e conforto diário, recolhendo, distribuindo e arrumando as roupas dos utentes, ministrando aos utentes a medicação prescrita pelo médico, certificando-se sempre da sua toma efectiva;
- o **Economato** faz a recepção e conferência de material, bem como o respectivo inventário e a organização da zona de despensa/armazém consoante o tipo de produtos;
- o **Pessoal de cozinha** prepara e confecciona as refeições, distribuindo-as pelos utentes, procede à limpeza da cozinha e suas dependências;
- a Lavandaria procede à recolha, lavagem, tratamento e entrega da roupa;
- os Empregados de limpeza procedem à limpeza, higiene e arrumação de todo o edifício; o Jardineiro promove a criação e tratamento das áreas verdes.

O edifício tem a capacidade de albergar 200 idosos, apresentando uma área total de cerca de 36000 m² (200m de comprimento e 180m de largura). No momento do estudo apresentava uma taxa de ocupação de 56,7%, com 113 idosos.

Cabe ao MINARS a gestão da instituição.



Figura n.º 2: Aspecto da entrada do Lar Beiral



Figura n.º 3: Aspecto da entrada do Lar Beiral



Figura n.º 4: Aspecto dos dormitórios



Figura n.º 5: Aspecto dos dormitórios

Cada dormitório possui o seu balneário e uma ou duas vigilantes que se encarregam com a organização dos dormitórios e prestam atenção cuidada aos idosos acamados.

O saneamento básico é da responsabilidade da Elisal (empresa responsável pelo saneamento). O lar possui um tanque de água com a capacidade de 75000 litros, sendo a distribuição no interior da instituição feita por gravidade. Funciona por meio de bomba que utiliza um gerador com combustível, sendo de referir que muitas vezes não existem meios económicos para adquirir combustível, pelo que é necessário acarretar a água em baldes.



Figura n.º 6: Tanque da água

Possui uma lavanderia com máquinas de lavar e engomadeiras que tratam da roupa dos idosos.



Figura n.º 7: Aspecto da lavanderia



Figura n.º 8: Aspecto da lavanderia

O lar tem um refeitório que serve aos idosos três refeições por dia (pequeno almoço, almoço e jantar).



Figura n.º 9: Aspecto do refeitório



Figura n.º 10: Aspecto do refeitório

Para ocupação dos tempos livres dos idosos, o lar promove actividade de jardinagem, realiza actividades sociais e organiza eventos sociais.



Figura n.º 11: Evento social no Lar – visita de crianças

No interior da instituição existe uma sala de trabalho com as seguintes atividades: alfaiataria, bordados, costura, sapataria, artesanato, música, teatro e pintura.



Figura n.º 12:: Atividades de produção agrícola



Figura n.º 13: Atividades de produção agrícola

O Lar conta com o apoio social vindo essencialmente de Organizações Não Governamentais (ONGs), Igrejas e pessoas singulares. Esse apoio é traduzido sob a forma de vestuário, bens alimentares e material consumível. No entanto, este apoio conjuntamente com a verba estatal atribuída, tem-se revelado muitas vezes insuficiente para suprir todas as necessidades do Lar.

Possui um posto médico com enfermeiros em escala permanente, um técnico de laboratório, um farmacêutico e um médico de clínica geral, o qual a mestrandia nunca teve a oportunidade de encontrar durante todo o período de colheita de dados. Refira-se que a assistência médica não é especializada uma vez que não existem médicos geriatras e de outras especialidades.

4.2. Resultados do inquérito e entrevista efectuados

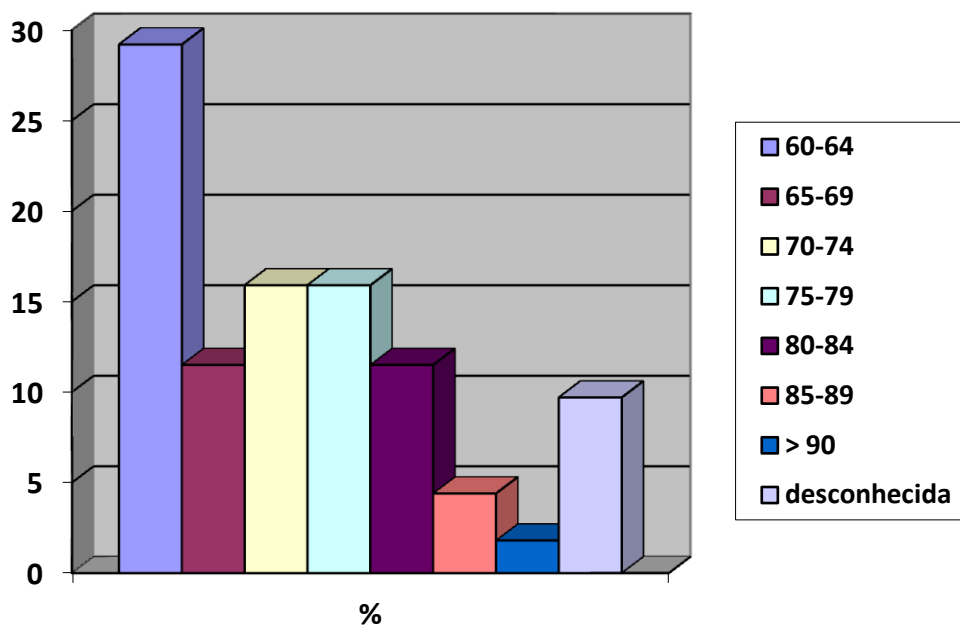


Gráfico n°1: Distribuição de idosos quanto à idade (N=113)

O maior grupo etário situa-se entre os 60-64 anos (29,2%). No entanto, é de salientar que existe uma percentagem significativa, cerca de 10%, em que o grupo etário é desconhecido.

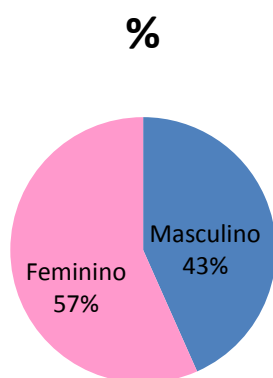


Gráfico n°2: Distribuição de idosos quanto ao género (N=113)

Apesar de se registar uma preponderância do género feminino, a percentagem de idosos do género masculino é também significativa.

%

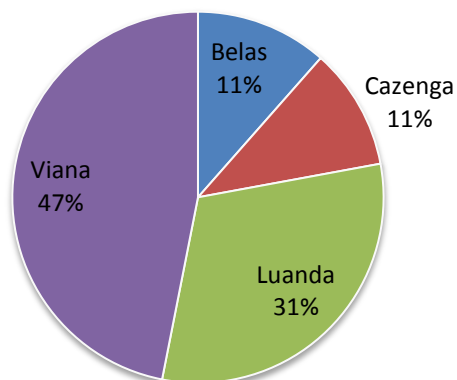


Gráfico n°3: Distribuição de idosos quanto ao local de residência anterior (N=113)

A maioria dos utentes do lar beiral pertence aos municípios de Viana e Luanda.

Tabela VIII: Distribuição de idosos quanto à profissão anterior (N=113)

Profissão anterior	Nº	%
Agricultor	50	44,2
Comerciante	5	4,4
Empregado de Limpeza	10	8,8
Pedreiro	7	6,2
Outras	41	36,3

A tabela mostra que, quanto a profissão, a maior parte dos idosos tinham a ocupação predominantemente agricultura com 44,2% (50 casos).

Tabela IX: Distribuição dos idosos quanto ao tipo de trabalho no Lar (N=113)

Tipo de trabalho	Nº	%
Não Real	109	96,5
Real	4	3,5

Verifica-se que existe um número muito reduzido de idosos que ainda desempenham alguma actividade laboral, do género masculino, distribuindo-se por trabalho de artesanato e de costura (alfaiate). Quando questionadas, as utentes do género feminino, muitas vezes alegavam falta de material para efectuar trabalho ou diminuição da acuidade visual, não sendo portadoras de óculos.

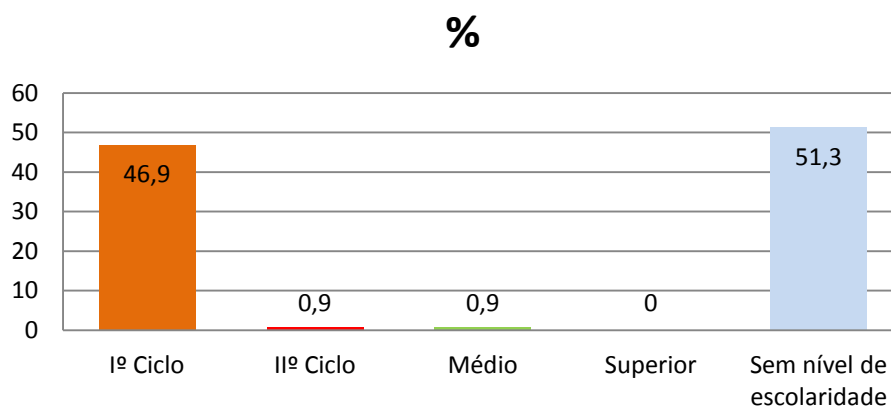


Gráfico nº 4: Distribuição de idosos quanto ao nível de escolaridade (N=113)

A maioria dos idosos não apresentava qualquer nível de escolaridade. De facto, a maior parte, aquando da assinatura da ficha de autorização de recolha de dados, apenas colocava a sua impressão digital.

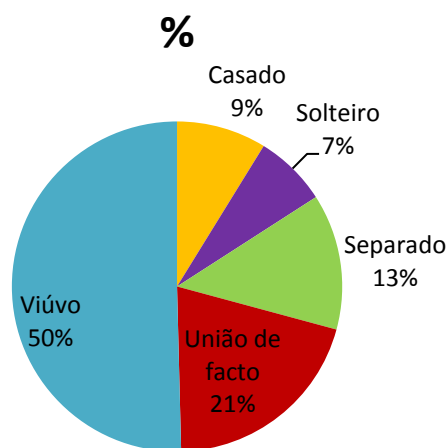


Gráfico nº5: Distribuição quanto ao estado civil antes do ingresso no Lar (N=113)

Em relação ao estado civil, verificou-se que a grande maioria, 70%, não tinha qualquer companheiro/a aquando do ingresso no Lar.

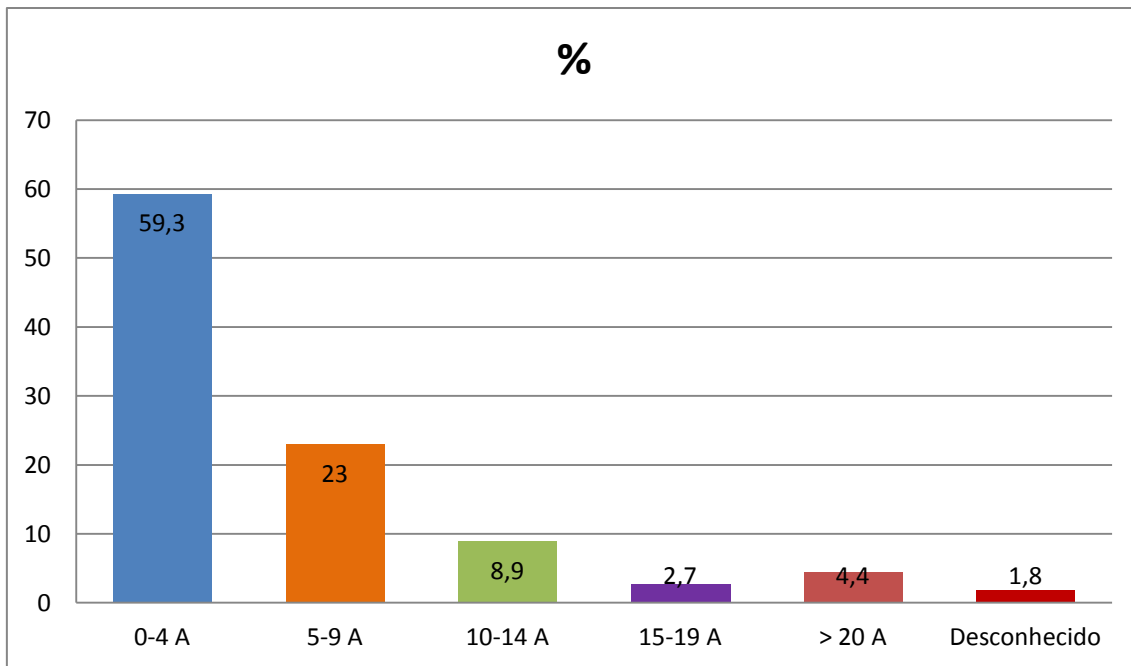


Gráfico n°6: Distribuição quanto ao tempo de permanência no Lar (N=113)

A maior percentagem de utentes permanece no Lar Beiral apenas há quatro anos. Um grupo importante refere-se aos utentes idosos com cerca de nove anos de permanência. Tal coincide com o final da guerra em Angola, da qual adveio a existência de indivíduos idosos que tinham deixado as suas casas na província, já sem familiares conhecidos. O grupo principal refere-se aos utentes idosos com cerca de 4 anos de permanência.

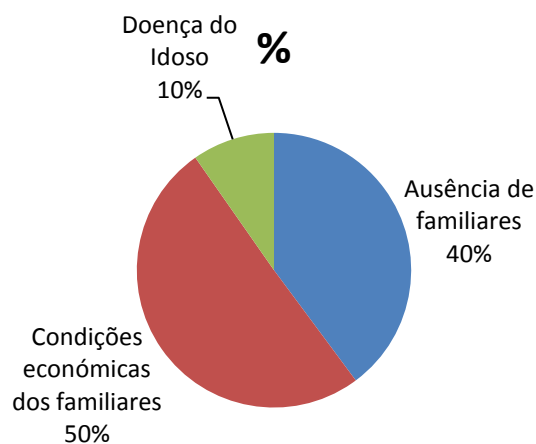


Gráfico n°7: Distribuição quanto ao motivo do abandono do idoso (N=113)

O Lar Beiral pretende proteger e prestar cuidados permanentes ou temporários a idosos que, por não terem meios de autossustento ou terem sido abandonados pelas famílias, estão incapazes de conseguir uma habitação condigna e meios de vida.

Foi constatado a existência de dois grupos diferentes: uns que não tinham qualquer família, fruto da situação de guerra anterior, principalmente oriundos das províncias de Huambo e Malange, tendo ficado concentrados no município de Viana; outros, a maior parte, foram simplesmente abandonados no Lar pelos familiares: o idoso é levado ao Lar por familiares, por vezes contra sua vontade, ou mesmo abandonado na rua, estando plenamente no gozo das suas faculdades mentais. Acontece muito nesses casos que os familiares vendem depois as habitações que eram do próprio idoso ou apropriam-se dos bens dos mesmos, muitas vezes com falsificação de assinaturas ou através de coação dos idosos. Refira-se que casos deste género já foram até, divulgados através da televisão angolana.

Tabela X: Distribuição quanto à nutrição aquando da admissão (N=113)

Nutrição aquando da admissão	Nº	%
Bom	78	69,0
Mau	35	31,0

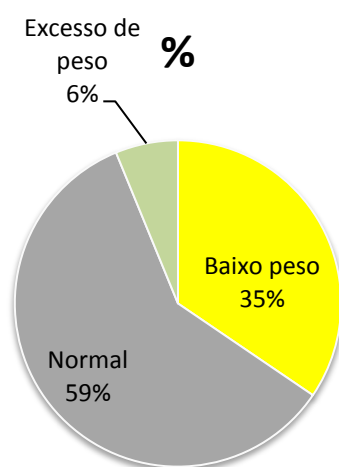


Gráfico n°8: Distribuição de idosos quanto ao estado de nutrição atual (N=113)

Relativamente ao estado de nutrição foi referido pelos idosos que conseguiam melhor alimentação quando não estavam no Lar. Mencionaram ainda que as refeições servidas no Lar não eram saborosas e que dantes podiam cozinhar e arranjar comida por fora, muitas vezes através da mendicidade, o que não é permitido actualmente.

Tabela XI: Distribuição quanto ao estado de saúde física aquando da admissão (N=113)

Estado de saúde física aquando da admissão	Nº	%
Bom	59	52,2
Mau	54	47,8

Tabela XII: Distribuição quanto ao estado de saúde física actual (N=113)

Estado de saúde física actual	Nº	%
Bom	42	37,2
Mau	71	62,8

Quanto ao estado de saúde físico e de satisfação, verificou-se que este não melhorou com a estadia no Lar, onde os idosos se sentem muito sós e desacompanhados. Não recebem visitas de familiares ou de conhecidos, não podem sair do Lar e sentem falta de vestuário e de material consumível, sentindo-se abandonados. De referir que anteriormente eram organizadas visitas periódicas ao exterior: à praia, a restaurantes da ilha, a zonas comerciais tipo “shoppings”, ao museu de história natural, a creches e a lugares como o Marco Histórico de Cazenga.

Tabela XIII: Distribuição quanto ao estado de satisfação aquando da admissão (N=113)

Estado de satisfação aquando da admissão	Nº	%
Bom	47	41,6
Mau	66	58,4

Tabela XIV: Estado actual de satisfação dos idosos (N=113)

Estado de satisfação actual	Nº	%
Bom	43	38,1
Mau	70	61,9

Tabela XV: Distribuição quanto à assistência médica actual (N=113)

Assistência médica actual	Nº	%
Sim	81	71,7
Não	32	28,3

Durante a entrevista é de referir que foi medida a tensão arterial pela mestranda e muitos dos idosos foram depois enviados ao hospital ou centro de saúde, uma vez que apresentavam valores tensionais muito elevados, da ordem dos 220 mmHg. Foi também verificado nessa alturas que os idosos não estavam a ser medicados ou controlados, por falta de, segundo o referido, “dinheiro para comprar medicamentos quer do próprio ou da própria instituição”.

Tabela XVI: Distribuição quanto à toma de medicamentos (N=113)

Toma de medicamentos	Nº	%
Sim	85	75,2
Não	28	24,8

Relativamente à medicação, a maior parte é tomada para problemas gastro-intestinais e malária, mas muitos desconhecem o que estão a tomar e para que servem, uma vez que os comprimidos são distribuídos em saquinhos, sem qualquer tipo de descrição, posologia ou indicação do horário da toma do fármaco.

Tabela XVII: Distribuição quanto aos medicamentos mais usados (N=113)

Medicamentos mais usados	Nº	%
Antihipertensivos	22	19,5
Outros	47	41,6
Desconhece	44	38,9

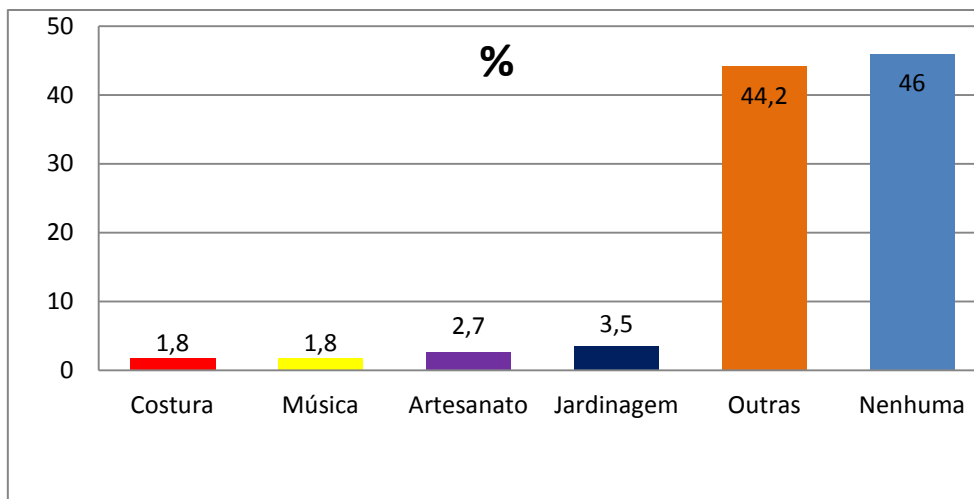


Gráfico n°9: Distribuição quanto às actividades de lazer (N=113)

As actividades de lazer são escassas, não podendo algumas, actualmente, ser efectuadas, devido a não ser permitido deixar o espaço do Lar. Como exemplo, refira-se o arranjo de electrodomésticos que um dos utentes fazia na vizinhança do Lar e que actualmente está impossibilitado de exercer, uma vez que não pode sair da instituição. A costura também não é muito exercida, dado que, muitos utentes sofrem de problemas de visão sem haver acompanhamento médico para este tipo de patologia. Nos Outros englobam-se ainda actividades de ajuda ao próprio Lar, tal como limpeza do pátio, transportar água, “capinar” e ainda assistência a actos religiosos.

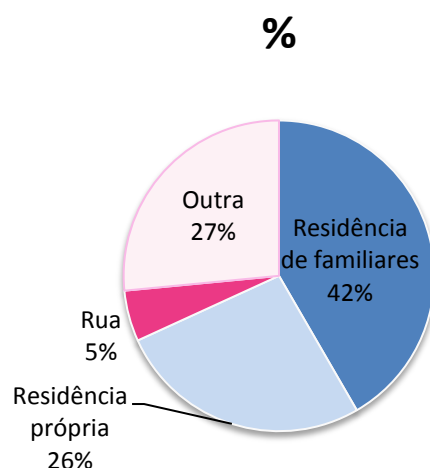


Gráfico n°10: Distribuição quanto a residência anterior (N=113)

Tabela XVIII: Distribuição dos idosos quanto à presença de companheiro/a no Lar (N=113)

Distribuição dos idosos quanto à presença de companheiro/a no Lar	Nº	%
Sim	6	5,3
Não	107	94,7

A maioria dos idosos não tinha qualquer companheiro/a consigo no Lar. Dos seis casos encontrados, verificou-se que não era permitido a ajuda ou a companhia contínua a um companheiro/a que tivesse necessidade de ajuda de terceira pessoa. Dos 6 casos, todos admitem ter-se conhecido já no lar.

Tabela XIX: Distribuição quanto ao número de refeições/dia (N=113)

Distribuição quanto ao número de refeições/ dia	Nº	%
Duas refeições	14	12,4
Três refeições	99	87,6

De referir que relativamente às refeições, estas são constituídas pelo pequeno almoço “mata bicho”, pelo almoço e pelo jantar. Em relação à primeira refeição do dia esta consta de chá, leite, pão com manteiga, papa de fuba de milho ou arroz doce. Em relação ao almoço este pode ser de peixe com arroz, frango com arroz ou massa, massa com feijão e chouriço, “fungue” (farinha de bombó ou de milho), saladas: alface tomate, kisaca (folhas de mandioqueira); fruta – pera, maçã, laranja, sumos variados. Quanto ao jantar, este é geralmente constituído por sopa de feijão e é distribuído por uma empresa privada que entrega a refeição tardiamente, acontecendo que muitas vezes os idosos já se encontram deitados, acabando por não fazer esta refeição.

5. DISCUSSÃO

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O facto de se verificar a existência de maior número de idosos do género feminino prende-se com a circunstância de ter havido um período de guerra no país, no qual muitas mulheres perderam os maridos e outras ficaram sem contacto com os seus familiares próximos, não tendo muitas vezes meios de subsistência, motivo pelo qual procuraram abrigo em casa de amigos e outros locais incertos. Por outro lado, para além dos serviços militares, a maioria dos homens está sujeita a trabalhos de risco.

No entanto, actualmente, a diferença entre o número de utentes do género feminino e masculino é pouco acentuada, pelo que também é de considerar outras situações que motivam o ingresso de idosos no Lar. Isto pode ser justificado pelos problemas económicos dos familiares, que não tendo condições, abandonam os seus “idosos” por tempo indefinido e, na maior parte dos casos, indefinidamente, tal como já foi anteriormente referido.

Estes dados corroboram aos estudos realizados pela Associação Moçambicana de Assistência ao Idoso (AMAI-2007). A falta de recursos financeiros, a fragilidade do próprio idoso devido aos problemas de saúde, familiares e os hábitos culturais afetam a situação social e económica do idoso e tornam-no dependente do cuidador, vulnerável a humilhações e maus-tratos.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos são viúvos, mais propriamente viúvas. Estes resultados podem ser explicados pelo facto do país ter vivido um período longo de guerra (mais de 30 anos), onde muitas pessoas perderam as suas famílias.

O facto de a profissão anterior dos idosos ser predominantemente ligada à agricultura não está totalmente de acordo com o estudo realizado por Walter, em 2008, que concluiu que 22% dos casos eram domésticos. Tal pode ser explicado pelo facto de os utentes do Lar possuírem um nível de escolaridade baixo, razão pela qual optavam por profissões de fácil domínio, sendo livres de trabalhar por conta própria e não tendo vínculo laboral. Por outro lado, e atendendo aos parágrafos anteriores, verificou-se que parte da população idosa do Lar proveio de refugiados de províncias, onde a actividade laboral dominante era a agricultura.

O nível de escolaridade observado era baixo, sendo o analfabetismo nos idosos muito elevado. Isto deve-se ao facto de que durante a época colonial, as famílias de

baixa renda eram submetidas aos trabalhos de contrato fora das suas zonas de origem, daí as suas dificuldades de acesso as escolas. Refira-se que alguns dos idosos inquiridos revelaram que tinham andado na escola básica, mas apenas um ou dois anos, não tendo adquirido conhecimentos suficientes para ler ou escrever. No entanto, dado que existe uma elevada percentagem sem escolaridade conhecida, os dados obtidos podem não indicar concretamente a real situação dos habitantes do Lar. Se atendermos a que a maioria não assinou a folha de consentimento mas colocou a sua impressão digital como meio de autorização poder-se-á inferir que a situação de analfabetismo é ainda muito maior.

O trabalho real e/ou as actividades de lazer que os idosos realizam são praticamente nulas. Tal pode ser explicado pelas dificuldades económicas para aquisição de materiais, por exemplo, para o artesanato ou costura, mas prende-se também com a impossibilidade de saída dos utentes, no sentido de promoverem a compra dos seus produtos e assim, possibilitarem um acréscimo aos rendimentos económicos. Por outro lado, prende-se também com os problemas de visão que muitos idosos referem, mormente as do género feminino, não havendo qualquer registo por parte dos idosos a um acompanhamento oftalmológico ou prescrição de óculos para colmatar determinadas patologias. Acresce ainda salientar que a impossibilidade de saída do Lar motiva ainda desânimo e revolta por parte dos utentes do Lar, uma vez que aqueles que ainda não se encontram dependentes fisicamente vêm a sua liberdade pessoal limitada.

Verificou-se que há deficiências acentuadas no que toca ao acompanhamento da saúde e bem-estar do idoso, nomeadamente no que respeita à vigilância durante 24 horas, e problemas de saúde, uma vez que o acompanhamento médico é muitíssimo reduzido.

Face a estas constantes observadas, apresenta-se uma proposta que implementaria grandemente o bem-estar físico e psíquico dos utentes do Lar Beiral.

A) Alterações a nível de acessos, das infra-estruturas habitacionais e meios logísticos

Relativamente às condições de habitabilidade e adequação do Lar Beiral à população idosa residente, uma vez que se trata de uma estrutura que foi construída há

cerca de 60 anos, verificou-se que seria conveniente o procedimento de reforma desta construção, nomeadamente com:

-remodelação dos sistemas de tubagem da água canalizada. Embora exista um tanque com sistema de bomba acoplado que fornece o Lar, verifica-se amiúde avaria da bomba ou falhas constantes no sistema eléctrico que fornece a energia da bomba. Tal situação impede a existência de água no interior do Lar, nomeadamente nos quartos de banho e cozinha e determina o transporte manual de água do tanque para o interior do Lar.

- remodelação do sistema eléctrico: este último beneficiaria grandemente da aplicação de painéis fotovoltaicos que produziriam energia eléctrica através da luz solar, a qual, para além de ser aproveitada na própria instituição, poderia ser comercializada para outras entidades (à semelhança do que acontece em outros países), permitindo assim um meio de auto-suficiência da instituição Lar Beiral. Por outro lado, a aplicação de aparelhos de aquecimento de água através da energia solar, permitiria também uma auto-suficiência do Lar.

- remodelação das janelas do Lar, uma vez que se verificou que nem todas têm a protecção do vidro, para além de não existirem redes impregnadas, no sentido de prevenção da malária. De facto, verificou-se a existência constante de aglomerados de mosquitos tanto no exterior, como no interior do Lar, o que constitui naturalmente um risco concreto da saúde pública. Registe-se que nunca se verificou durante o tempo do estudo efectuado, qualquer desinfestação com pulverizações da área.

- criação de facilidades de acesso para os utentes dentro do lar, nomeadamente com a criação de rampas.

- criação de sistemas de aproveitamento da água das chuvas com um reservatório, no sentido de poder ser utilizada na rega nos trabalhos agrícolas do quintal do Lar ou em limpezas do exterior da residência.

- aquisição de novas máquinas de lavar a roupa para o Lar, uma vez que se verificou também que as máquinas existentes se encontravam avariadas, o que implicava a obrigação da lavagem manual por parte de pessoal do Lar (da lavandaria), para além de acarretar a obrigação de transportar água para o efeito de uma longa distância.

- remodelação das condições sanitárias (sistema de esgoto), uma vez que se verificou a existência de derramamento de material proveniente de caixa de esgoto, o que constitui sem dúvida uma zona insalubre, com potencial para desenvolvimento de condições patogénicas.

Atendendo a que o acesso externo ao Lar é em terra batida, é urgente a criação de uma via asfaltada. Verifica-se que, na época sazonal das chuvas, o acesso externo existente se transforma numa via repleta de poças de água, que o tornam intransitável, para além daquelas poças constituírem um óptimo meio de propagação de mosquito, situação esta que constitui sempre um perigo de saúde pública. Por outro lado, a população idosa residente é sempre uma população carenciada, nomeadamente no que respeita às condições de saúde. Assim, uma via asfaltada permitiria um rápido transporte de um utente, através de ambulância ou outro, quer ao Centro de Saúde, quer ao hospital mais próximo.

B) Alterações a nível dos Cuidados de Saúde

Quanto aos cuidados de saúde propriamente ditos, verificou-se a existência de várias patologias dominantes, nomeadamente patologia hipertensiva, gastro-intestinal e infecciosa – malária. Este tipo de patologia não pôde ser mais pormenorizadamente indicado devido a) inexistência de registos médicos actualizados (alguns tinham registado a última observação efectuada há mais de três anos); b) inespecificidade (ausência, na maioria, de indicação da medicação, da patologia ou de eventuais análises); c) ausência de processo clínico. É também de realçar que, durante a efectivação do presente estudo, não se verificou qualquer tipo de atendimento médico no Lar. É assim urgente remodelar o sistema de cuidados de saúde médicos no Lar, mais propriamente:

- Escalar um médico de Medicina Geral e Familiar para uma consulta médica no Lar, uma vez por semana, num dia fixo, com obrigatoriedade de registo no processo clínico do utente.

- Haver um médico de prevenção, diariamente, que seria accionado por enfermeiro do Lar, no caso de existência de qualquer situação patológica que surgisse num idoso.

- Criação de protocolos de actuação com hospitais especializados, para patologias mais específicas, no sentido de ser possível consultas externas de especialidades, tais como Cardiologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Oftalmologia, Endocrinologia, entre outras.

Verificou-se ainda que, durante a noite, não existe qualquer vigilância dos idosos residentes no Lar. Foi constatado que ocorrem problemas vários (quedas do leito, morte durante a noite, etc) durante o período nocturno, não havendo qualquer tipo de actuação por parte de vigilantes.

C) Criação de actividades de lazer e ocupação dos tempos livres dos utentes idosos

A criação de actividades de lazer e ocupação de tempos livres está muito dependente de uma boa organização dos cuidados de saúde. Isso permitirá organizar devidamente as ocupações diárias dos idosos, no sentido de estes poderem demonstrar que podem ainda produzir algo para a sociedade, e por outro lado prevenir o isolamento. Assim, consoante o tipo de actividade anterior do idoso, poder-se-ia abrir o Lar ao exterior, no sentido de haver intercâmbio entre o que aquele poderia oferecer à sociedade exterior e o que poderia receber. Como exemplo, um idoso que fosse alfaiate/sapateiro e que estivesse com condições de saúde controladas, poderia, através de material fornecido pelo Lar, trabalhar para o exterior, sendo uma parte do que facturasse entregue ao Lar. Por outro lado, deveria haver implementação das actividades de lazer que fossem do agrado dos utentes, tais como fazer renda, estatuetas, colares, cestos, panos de cozinha, etc, os quais poderiam ser depois expostos em feiras ou exposições no próprio Lar, ou mesmo em lojas de turismo.

Por outro lado e também no sentido de os idosos não se sentirem isolados, poder-se-ia implementar um sistema de saídas do Lar programadas, em grupos e uma abertura ao exterior do próprio Lar.

6. CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

O trabalho efectuado permitiu o conhecimento das condições de vida dos utentes no Lar Beiral. Deste modo, e atendendo a que existem em Angola outras instituições semelhantes, este estudo pode possibilitar uma melhoria das condições dos mesmos. Aliás, este trabalho pode de certa forma contribuir para um melhor conhecimento da população da 3ª idade e suas necessidades, uma vez que até à data, não existem ainda dados do censo da população angolana, agora efectuado.

Procurou-se demonstrar neste trabalho que “os maus tratos” aos idosos não se podem resumir apenas ao contexto físico, sendo muito importante a existência de princípios que promovam a Independência, Assistência, Dignidade e Realização Pessoal.

Relativamente ao Lar Beiral, atendendo ao atrás referido, tendo em atenção que “Não é importante o quanto se é idoso, mas sim como se é idoso” (Jules Renard) são apresentadas algumas propostas que poderão contribuir para que este Lar possa ser uma referência nacional no acolhimento dos idosos em Angola. Pretende-se, no fundo, e de acordo com a Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, que sejam dignificadas as instituições para o acolhimento dos idosos; que as autoridades de direito, associações juvenis e humanitárias promovam políticas que visam a mudança de consciência e atitudes face à 3ª idade; que se incentive a formação de médicos com a especialidade de geriatria, capazes de darem melhores respostas aos problemas relacionados com a terceira idade; que sejam institucionalizados mecanismos de defesa dos idosos.

Até porque o que se verificou é que as necessidades dos idosos, independentemente do local de nascimento, são sempre semelhantes: carências relativamente à habitação, à saúde e à solidão. Assim, e relativamente ao Lar Beiral, se se colmatarem estas situações, os “maus tratos aos idosos” irão desaparecer.

7. AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e saúde.

Ao Comando Geral da Polícia Nacional de Angola por ter concretizado a possibilidade de um estágio de longa duração com o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses em Portugal.

Ao Chefe de Departamento de Medicina Legal e Ciências Forenses em Angola, Professor Doutor Adão Manuel Sebastião, por ter sido um dos grandes impulsionadores da formação em Medicina Legal.

O meu sincero agradecimento ao Senhor Professor Doutor Duarte Nuno Vieira pela oportunidade de mais uma Pós-Graduação, bem como ao Senhor Professor Doutor Francisco Corte Real, pelo interesse e apoio sempre demonstrados ao longo deste trabalho.

O reconhecimento e gratidão à minha Orientadora Mestre Maria Beatriz Simões da Silva pelo interesse e disponibilidade sempre presentes.

A Dr.^a Ascensão Rebelo pelo empenho na minha valorização curricular.

Aos meus colegas de medicina legal, tanto angolanos como portugueses, pelo seu espírito de amizade e entreaajuda.

À diretora do Lar Beiral pela disponibilidade com que me recebeu e muito em particular aos trabalhadores e utentes do lar pela colaboração e disponibilidade que evidenciaram.

Memória eterna aos meus Pais por tudo o que sou.

Aos meus filhos Leila e William por terem compreendido as minhas ausências e distância que esta formação exigiu.

Dedico uma palavra especial ao meu esposo pelo incansável apoio, quer moral e material para concretização de mais um sonho, para si com muito amor.

Agradeço a todos os meus irmãos e sobrinhos que, directa ou indirectamente, deram todo apoio e incentivo ao longo desta caminhada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho CS. Situação dos Idosos no Beiral de Luanda: Após o Conflito Armado. [tese]. Luanda: Universidade Católica de Angola; 2012.

Balanço do Programa de Monitorização de 2012. Luanda: Ministério da Assistência e Reinserção Social de Angola. 2012.

Bitencourt GF, Silva AJS, Souza BL, Ferraz ES, Bruno RX. Violência e abuso contra idosos: uma visão interdisciplinar. Revista Científica da FAMINAS - jan.-abr. 2007 [Consultado em Janeiro de 2011]. 3 (1): 229, Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/2.pdf>.

Carneiro, Roberto, O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade, Centro De Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Universidade Católica Portuguesa, CEPCEP – Relatório Final «O Envelhecimento da População», Lisboa, 2012.[Consultado em Maio de 2014]. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

Casimiro, AFL. Causas de Abandono dos Indivíduos Idosos Residentes no Lar da Terceira Idade em Luanda de Maio a Julho de 2010 [tese]. Luanda: Universidade Agostinho Neto; 2010.

CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com BCG (Boston Consulting Group), Estudo de Avaliação das necessidades dos Sêniores em Portugal, Relatório Final, 2008. [Consultado em Maio de 2014]. Disponível em: www.akdn.org/publications/2008-portugal-estudoseniores.pdf

Costa I, Pimenta A, Brigas D, Santos L, Almeida S. Maus-tratos nos idosos - Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. Rev Port Clin Geral. 2009; 25:537-42. Cuidar de Idosos. Minas Gerais: Portal Cuidar de Idosos. 2010 [Consultado em Janeiro de 2011] Disponível em <http://www.cuidardeidosos.com.br/maus-tratos-contraidosos/>.

Espíndola, CR; Blay, SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. [Consultado em Janeiro de 2011] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008 [Consultado em Janeiro 2011] maio-junho; 16(3) Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16979/18881>.

Giannakouris, Konstantinos. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies, Eurostat, 72/2008. [Consultado em Maio de 2014] Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY-OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.pdf>

Gonçalves, RL. Famílias de idosos da quarta idade: Dinâmicas familiares. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2010. [Consultado em Janeiro de 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>

Hespanha, MJF. Violência contra os idosos. 2009. [Consultado em Janeiro de 2011]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/10.pdf.

INE. “Revista de Estudos Demográficos, nº 35, 2004

Kakwani, Nanak; Subbarao, Kalanidhi. Ageing and poverty in Africa and the role of social pensions, The World Bank Africa Human development, 2005. [Consultado em Maio de 2014]. Disponível em: <http://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/8535/321780whiteOco1udyOP8313601public1.pdf?sequence=1>

Minayo MCS. Violência contra idoso: relevância para um velho problema. Caderno de Saúde Pública 2003 [Consultado em Janeiro de 2011] mai./jun, 19(3): 783-91 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881.pdf>.

Paixão Jr CM, Reichenheim ME, Moraes CL, Coutinho ESF, Veras RP. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. Cad Saude Publica. [Consultado em Janeiro de 2011] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000133&pid=S1413-7852201100050000200025&lng=en

Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia. Rio de Janeiro: IPEA. 2006 Jun [Consultado em Janeiro de 2011]. Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/17.pdf.

Rebelo, José; Penalva Helena, Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade, Comunicação para o II Congresso Português de Demografia, Lisboa, 2004 [Consultado em Maio de 2014] Disponível em http://www.apdemografia.pt/ficheiros_comunicacoes/786534234.pdf

Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991

Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciênc. saúde coletiva. 2008, [Consultado em Janeiro de 2011] 13 (4): 1265-1273. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>.

Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2007 [Consultado em Janeiro 2012] 10(1):129-140. Disponível em http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100009&lng=pt.

Serrão, D. - Seniores: um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto, 2006, pp. 129-137

Verde C, Almeida A. Psiconos [Internet]. Lisboa: Clínica de e consultoria em psicologia. [Consultado em Fevereiro de 2011] Disponível em:

<http://www.psiconos.pt/artigos/violenciacontramaisvelhos.html>

WHO. Suíça: Organização Mundial de Saúde. [Consultado em Janeiro de 2011].

Disponível em <http://www.who.int/countries/en/>.

9. ANEXOS

Ficha de Recolha de Dados

Ficha nº -----

1- Idade: ----- anos

2- Género: M ----- F -----

3- local de Residência..

4- Profissão.

anterior -----

Actual -----

5- Escolaridade.

a) 1º Nível-----

b) 2º Nível-----

c) 3º Nível-----

d) Médio-----

e) Superior-----

f) Pós- graduação-----

6- Estado civil.

a) Solteiro/a -----

b) Casado/a -----

c) Divorciado/a -----

d) Viúvo/a -----

e) Separado/a -----

f) União de facto -----

7- Peso: -----

8- Altura: -----

9- I.M.C: -----

10- Data do abandono -----

11- Motivo do abandono :

a) ausência de familiares -----

b) condições económicas dos familiares -----

c) doença do idoso :
cardiovasculares :

Enfarto -----

HTA -----

Angina do peito -----

Insuficiência cardíaca -----

Cancro -----

Pneumonia -----

Bronquite crónica -----

Infecção urinária -----

Diabetes -----

Osteoporose -----

Demência -----

Gastrointestinais -----

Outras -----

12- Estado de nutrição actual do idoso :

desnutrição-----.

normal-----.

Obesidade-----

13- Estado de saúde actual do idoso :

Física: Bom----- Mau -----

Psíquica: Bom-----Mau-----

14- Recebe cuidados médicos actualmente:

Sim ----- Não -----

15- Toma medicamentos, quais ?

psicotrópicos-----

Antihipertensivo -----

Antiulceroso -----

Outros-----

16- Actividades de lazer durante o dia :

Física -----

Lúdica :

música -----

Artesanato -----

Costura-----

Culinária -----

Dança -----

Jardinagem -----

Outras-----

17- Estado de saúde física do idoso aquando da admissão :

Bom ----- Mau -----

18- Estado de saúde psíquica do idoso aquando da admissão :

Bom -----Mau -----

Nutrição do idoso aquando da admissão:

Bom ----- Mau -----

19- Quantas refeições toma por dia no lar :

1-----

2-----

3 -----

4 -----

20- Tipo de alimentos.

21- Onde residia anteriormente :

residência de familiares -----

--

Própria residência -----

Rua-----.

Outra-----

Se o idoso é
casado/companheira-----

Ele /a também reside no lar :

Sim ----- Não -----

22- Se o idoso tem companheiro / a no lar :

Sim ----- Não -----

23- Se anteriormente sofria maus tratos :

Sim ----- Não -----

--

24- Se actualmente sofre maus tratos :

Sim ----- Não -----

25- Estado de satisfação do idoso actualmente:

Bom -----

Mau -----

Mais ou menos -----.

26- Estado de satisfação do idoso antes de ter ido para o lar:

Bom -----

Mau -----

Mais ou menos -----

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE/

CONSENTIMENTO INFORMADO

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque tem idade igual ou superior a 60 anos e reside no lar de idosos.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento da realidade das causas do abandono e condições de vida e saúde de idosos em Luanda, contribuindo assim para a elaboração de um conjunto de regras e protocolos de actuação em Angola em situações deste género.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Por favor leia a informação que se segue e coloque perguntas sobre qualquer coisa que não compreenda, antes de se decidir a participar no questionário. Disponha de todo o tempo necessário para poder tomar a sua decisão. A sua participação no estudo requererá cerca de meia hora horas de seu tempo para completar o questionário.

INFORMAÇÃO SOBRE O QUESTIONÁRIO

O questionário incide sobre dados sobre identificação (idade, género, estado civil, nível de escolaridade, residência anterior, profissão, reforma, grau de parentesco e relacionamento familiar prévio, estado de saúde e nutrição anterior e actual), circunstâncias da ocorrência(data do abandono, motivo do abandono).

Todos estes dados serão trabalhados no sentido se obterem resultados no que respeita a incidência de maus tratos na terceira idade.

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Chefe do Departamento de Medicina Legal em Angola,

Morada: Bairro Neves Bendinha; LCC: Rua Machado Saldanha.

Telefone: Piquete 9125507091.

Ou o autor do trabalho científico telemóvel: 00244931457605

DIREITOS DOS PARTICIPANTES

- O(a) senhor(a) poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento e interromper a sua participação a este questionário sem qualquer custo ou prejuízo.

- O(a) senhor(a) não está a renunciar a qualquer dos seus privilégios ou direitos legais, devido à participação neste estudo.

- Os registos fornecidos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste Estudo forem publicados a identidade manter-se-á confidencial. Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

- O(a) senhor(a) tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

- O(a) senhor(a) deve tomar a decisão de participar ou não no questionário depois de entender o estudo, e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine ou coloque a sua impressão digital, e seja datado este formulário. Após a sua assinatura ou colocação da sua impressão digital, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização.

- O(a) senhor(a), ao assinar este documento de consentimento ou ao colocar a sua impressão digital não está a renunciar a qualquer dos meus direitos legais nem a excluir as entidades envolvidas neste estudo de penalização por negligência.

Li ou foi-me lido, tendo compreendido a informação acima referida. Concordo em participar neste estudo.

(assinatura)

Data

(impressão digital)

Data

Assinatura da pessoa que explicou o estudo

Data