

AUTORIA

Áustria

Austrian Red Cross: Charlotte Strümpel, Claudia Gröschel, Cornelia Hackl

Research Institute of the Red Cross: Doris Bammer, Julia Edthofer, Barbara Kuss, Barbara Peschke, Erentraud Lehner, Anna Schopf



AUSTRIAN RED CROSS



FORSCHUNGSINSTITUT
DES ROTEN KREUZES

Bélgica

LACHESIS, Office of Expertise on Ageing and Gender – Tax and Social College Brussels: Els Messelis

Vlaams Meldpunt voor ouderenmis(be)handeling: Ann Moreels



Bulgária

Bulgarian Red Cross: Evelina Milusheva, Desislava Ilieva



BULGARIAN
RED CROSS

Alemanha

University Medical Center Hamburg-Eppendorf- Department of Medical Sociology and Health Economics: Hanneli Döhner, Susanne Kohler, Felicitas Wischer

Institut für Soziale Infrastruktur: Karin Stiehr



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Portugal

CESIS - Centro de Estudos para a Intervenção Social: Heloísa Perista, Isabel Baptista, Alexandra Silva



Eslovénia

Faculty of Health Sciences, University of Maribor: Peter Kokol, Majda Šljajmer Japelj, Maja Štiglic, Aleksandra Lovrencic, Helena Blazun, Borut Gaber, Milica Lahe



University of Maribor

Faculty of Health Sciences

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todas as organizações membro e suas/seus representantes no Comité Consultivo em Portugal, nomeadamente a: Dra. Ana Isa Mourinho, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Enf.º Miguel Fausto da Costa e Dr. Alberto Matias da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Dra. Sofia Rasgado do ISS - Instituto de Segurança Social, I.P., Dra. Marta Silva da CIG - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, Dra. Maria João Quintela da Direção-Geral de Saúde, Dra. Dália Botelho da AMCV – Associação de Mulheres contra a Violência, Dra. Maria de Oliveira da APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, Doutor José Ferreira-Alves da Faculdade de Psicologia da Universidade do Minho, Dr. João Redondo do Serviço de Violência Familiar – CHP Coimbra, Dra. Teresa Caldas de Almeida, e em particular à Dra. Elisabete Brasil da UMAR – União de Mulheres Alternativa Resposta e à Dra. Vera Vaz da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Gostaríamos, ainda, de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para o desenvolvimento do manual, nomeadamente àquelas que nos deram valiosos contributos no âmbito do *workshop* internacional realizado em Maribor – as peritas Bridget Penhale, da University of Sheffield, e Sandra Messner - e dos workshops nacionais realizados em cada um dos países parceiros neste projecto:

Áustria

Marlene Macek, Wiener Sozialdienste – Alten- und Pflegedienst GmbH | Sandra Messner | Karin Ploder, Waltraud Sturm, Austrian Red Cross, Styrian Branch | Annemarie Siegl, Gewaltschutzzentrum Steiermark

Alemanha

Annegret Otte-Frank e Margret Schleede-Gebert, Altenpflegeschule Rauhes Haus, Diakonie, Hamburg | Kristiane Arlt, Pflege in Not, Berlim | Dr. Jürgen Stein, Diakonisches Werk Bremen e.V. | Barbara Nägele, Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklung e.V., Göttingen | Thomas Görger, Deutsche Hochschule der Polizei, Münster

Bélgica

Karine Meire, vzw Thuishulp Bond Moyson | Ans Geers, Vlaams Meldpunt ouderenmis(be)handeling | Iris De Roeck, Vlaams Meldpunt ouderenmis(be)handeling

Bulgária

Polina Balkanska, Medical University | Rossitsa Simeonova, Ginka Mehandjiiska, Sofia University | Ros-sanka Venelinova, Centre “Nadida”

Eslovénia

Ingrid Cuš, Health Centre Dr. Adolf Drolc Maribor | Ružica Petrovic Centre for Social Work, Maribor

Portugal

Miguel Fausto Costa, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados | Ana Isa Mourinho, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

E, por último, gostaríamos de agradecer aos programas de formação, e seus/suas autores/as, sobre os quais se basearam alguns módulos deste manual:

- Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministry of Health”
- International Association of Forensic Nurses (2010). Nursing Response to Elder Mistreatment Curriculum. Disponível em: <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=469>
- Um agradecimento especial a Karen Kjolhaug do “Domestic Abuse Intervention Project” por nos ter disponibilizado as ‘Roda do poder e do controlo’ e a ‘Roda da igualdade’. Disponível em: <http://www.theduluthmodel.org/training/wheels.html>
- PRO TRAIN (2009), Multi-Professional and Health Care Training Program on Domestic Violence.
- S.I.G.N.A.L. Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. (2006)

INTRODUÇÃO AO MANUAL

INTRODUÇÃO

Objectivos e enfoque do manual pág. 04

Informação genérica sobre este curso de formação pág. 06

LINHAS ORIENTADORAS PARA OS/AS FORMADORES/AS

Criar uma atmosfera de confiança e lidar com temas sensíveis pág. 10

Uso bem-sucedido de métodos interactivos pág. 14

Equipamento e material necessário pág. 17

Lista de controlo para a organização das sessões pág. 18

Como utilizar este manual / CD-rom pág. 19

INTRODUÇÃO

A violência no contexto das famílias em geral tem tido uma crescente atenção pública nos últimos anos. Foram implementados diversos programas, leis e medidas, tanto nos países europeus como a nível comunitário, no que diz respeito à violência contra mulheres em relações de intimidade e à violência contra crianças. Também o tema da violência contra pessoas idosas tem recebido uma crescente atenção no discurso público e no desenvolvimento de medidas políticas. Porém, a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, sendo um tema transversal a estes domínios, não tem recebido a mesma atenção, tendo sido um tabu durante muito tempo. Existe ainda uma falta de consciência pública sobre estes assuntos, aliada à falta de meios e de equipamentos que protejam as mulheres idosas vítimas de violência e abuso, na maioria dos países europeus.

Alguns grupos profissionais são constantemente confrontados com este assunto, como os/as profissionais de serviço social e de saúde comunitária que trabalham com as pessoas idosas nas suas casas. Frequentemente, estes/as profissionais são o único contacto que as pessoas idosas, isoladas e vítimas de violência, têm. Relatos individuais feitos por estes/as profissionais mostram que os/as mesmos/as nem sempre estão conscientes do que constitui violência contra mulheres idosas e não estão adequadamente preparados/as para lidar com estes casos.

Violência contra mulheres idosas - uma temática transversal

Na maioria dos casos, a violência contra mulheres idosas no contexto da prestação de cuidados é determinada pelos factores subjacentes às relações de género, pelos aspectos gerais das situações de prestação de cuidados e por factores relacionados com o envelhecimento. Na prática, dependendo do tipo e da situação da violência, uma ou mais destas dimensões podem ser relevantes.

Numa perspectiva de género, a violência contra mulheres idosas é um dos crimes mais comuns em todos os países do mundo. É um assunto com uma relevância crescente e transversal a diferentes níveis - político, jurídico, económico, societal e da saúde. A violência contra mulheres no contexto das famílias veio a público sobretudo nas últimas três décadas, devido, em grande parte, a organizações internacionais como as Nações Unidas e o Conselho da Europa que, por sua vez, têm sido pressionadas por organizações de direitos das mulheres que trabalham directamente com as sobreviventes da violência no contexto das famílias. Independentemente de tudo o que foi alcançado ao nível político e jurídico, e que está implementado na maioria dos países europeus, os valores, normas e práticas sociais correntes têm sido lentos na adopção deste progresso. Em geral, as mulheres enfrentam dificuldades específicas relativamente à entrada no mercado de trabalho e à sua permanência nesse mercado ao longo da vida; uma boa parte ainda é economicamente débil e têm mais probabilidades de ficar em situação de risco de pobreza, sendo ainda as principais (e muitas vezes as únicas) prestadoras de cuidados em relação aos/as filhos/as e a outros/as familiares dependentes. Todas estas situações de desigualdade contribuem para que as mulheres sejam ainda vistas como o 'sexo fraco' e estejam sujeitas a diferentes tipos de dominação (masculina).

No que diz respeito à violência contra pessoas idosas, os actuais desenvolvimentos demográficos, como o aumento da esperança média de vida, conduzirão a um acréscimo do número de pessoas idosas e, consequentemente, a um aumento da violência contra essas pessoas. Mais ainda, o aumento de doenças como a demência, que também estão ligadas a problemas comportamentais, implicam a necessidade de existirem respostas políticas adequadas para a violência contra mulheres e homens idosos. Tem sido dada alguma atenção à prevenção e tratamento do abuso contra pessoas idosas.

Dados da polícia e diversas conclusões de estudos confirmam que, de um modo geral, a maioria das vítimas de violência no contexto das famílias são mulheres. Contudo, tem sido dada pouco enfoque aos grupos etários dessas vítimas. Em consequência, as práticas profissionais mais comuns centram-se nas mulheres vítimas de violência com idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos e nos/as seus/suas filhos/as.

Do mesmo modo, na área da violência contra pessoas idosas, a atenção está centrada nas pessoas idosas e, até agora, não se tem dado grande atenção às questões de género.

A violência contra mulheres idosas ainda é um tema tabu e é, por isso, menos visível na sociedade do que a violência contra mulheres mais novas. Contudo, tanto a idade como o enquadramento geracional têm um forte impacto no comportamento de procura de ajuda por parte das vítimas. Frequentemente, a falta de forças (físicas e emocionais), a culpabilização, o secretismo e a protecção da família eram vistos como factores que contribuíam para a relutância das mulheres idosas em procurar ajuda face à violência doméstica e outras formas de violência.

Os projectos “Breaking the Taboo”

Relativamente a este enquadramento, o projecto “Breaking the Taboo” foi levado a cabo entre 2007 e 2009 no âmbito do programa Daphne II da Comissão Europeia que visava aumentar a consciência dos/as profissionais e desenvolver material sobre a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. O material desenvolvido consiste numa brochura para os/as profissionais sobre como reconhecer a violência contra mulheres idosas e como actuar nestes casos, um *workshop* de meio-dia, dirigido aos/às profissionais, visando aumentar a consciência relativamente a estas situações, assim como um pequeno sumário com recomendações para os legisladores. Para além disto, foram realizadas conferências na Áustria, Polónia e Finlândia. A brochura e o *workshop* foram desenvolvidos com base numa pesquisa bibliográfica, entrevistas a elementos de equipas e coordenações, um inquérito dirigido às organizações acerca dos seus procedimentos para lidar com casos de violência contra mulheres idosas, assim como uma reunião europeia de pessoas peritas. O projecto foi coordenado pela Cruz Vermelha e implementado com parceiros da Áustria, Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Polónia e Portugal.

As conclusões e recomendações deste projecto conduziram ao projecto “Breaking the Taboo II”, no qual se desenvolveu a estrutura deste manual de formação. O projecto decorreu entre o início de 2010 até ao final de 2011, no âmbito do programa Daphne III, com parceiros da Áustria, Bélgica, Bulgária, Alemanha, Portugal e Eslovénia. Este manual de formação baseia-se no material do primeiro projecto, bem como na pesquisa feita pelos parceiros sobre programas de formação para profissionais de saúde e serviço social centrados no tema da violência doméstica contra mulheres, violência contra pessoas idosas e violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. O manual de formação foi desenvolvido em conjunto pelos parceiros. A estrutura geral e os exercícios individuais foram testados num *workshop* internacional com formadores/as em Maribor, na Eslovénia e o *feedback* dos/as formadores/as foi incorporado neste manual. O manual do/a formador/a foi depois traduzido para as línguas nacionais e adaptado aos contextos nacionais. Para mais informações e materiais sobre ambos os projectos, consultar www.btt-project.eu.

OBJECTIVOS E ENFOQUE DO MANUAL

Como referido anteriormente, o trabalho prévio veio revelar que os/as profissionais que trabalham em casa de pessoas idosas necessitam de informação adicional e de formação em assuntos relacionados com a violência contra pessoas idosas, em geral, e contra mulheres idosas, em particular. A falta de formação em aspectos como a identificação, prevenção e denúncia é ainda uma barreira detectada em muitos contextos profissionais. Uma vez que os profissionais de saúde e serviço social são, muitas vezes, as únicas pessoas que mantêm um contacto regular com as mulheres idosas que vivem nas suas casas e podem ser tratadas pelos/as seus/suas familiares, este facto assume especial relevância.

Este manual disponibiliza um curso de formação de dois dias para profissionais de saúde e serviço social que trabalham em casa de pessoas idosas, para que reconheçam e intervenham em casos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Este manual dirige-se aos/às potenciais formadores/as deste curso e disponibiliza-lhes informação de base, conteúdos e métodos para ministrarem o curso. Adicionalmente, são, ainda, apontadas linhas orientadoras sobre potenciais pessoas de contacto dentro das organizações, no que diz respeito à violência contra mulheres idosas.

Em concreto, este manual tem por objectivos:

- Disponibilizar um curso de formação para profissionais, por forma a aumentar a sua consciência e a capacitá-los/as para intervirem em casos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias (ver abaixo);
- Disponibilizar aos/às potenciais formadores/as toda a informação necessária para ministrarem o curso;
- Fornecer uma panorâmica geral dos tópicos relevantes;
- Disponibilizar aos/às potenciais formadores/as métodos e exercícios concretos;
- Fornecer sugestões/conselhos sobre aspectos e ter em mente.

Este manual é dirigido a potenciais formadores/as que gostariam de ministrar um curso de formação sobre violência contra mulheres idosas a profissionais na área dos serviços sociais e de saúde comunitários. Estes/as formadores/as serão elementos de equipas que trabalham neste domínio ou em domínios relacionados, como a enfermagem, a pedagogia, o trabalho social, a psicologia, etc. Idealmente, devem ter experiência prática como formadores/as no domínio da saúde e/ou do serviço social para pessoas idosas ou experiência prática e de formação na área da violência contra mulheres.

O enfoque deste curso de formação de dois dias e deste manual está em todos os tipos e formas de violência vividos por mulheres idosas no contexto das suas próprias famílias e casas, com que os/as profissionais podem deparar-se durante o seu trabalho. Assim, serão abordados tipos de experiências muito diferentes, com diferentes origens, diferentes níveis de gravidade, intensidade ou frequência e diferentes tipos de agressores/as. Por exemplo, os/as profissionais podem ser confrontados com violência em relações de intimidade infligida por um marido agressor durante muitos anos e que não alterou o seu comportamento na velhice. Podem observar casos de negligência grave de uma mulher idosa pela sua filha ou de exploração financeira pelo filho. Ou podem ainda deparar-se com um/a prestador/a de cuidados informal que presta cuidados de uma forma inadequada e violenta. Dado que estamos a observar situações de violência com que os profissionais de saúde e serviço social são confrontados, haverá, em quase todos os casos, o envolvimento de um contexto de prestação de cuidados.

Um desafio específico deste tema é a sua natureza transversal às áreas da violência no contexto das famílias, da violência contra mulheres e da violência contra pessoas idosas. Dado que existe muito pouca pesquisa, literatura e material de formação específico sobre o tema da violência contra mulheres idosas, baseámo-nos na literatura e programas de formação existentes nas áreas da violência doméstica contra

mulheres, violência contra pessoas idosas e violência no contexto da prestação de cuidados. Assim, os diferentes módulos do programa de formação ou determinados tópicos podem centrar-se mais num aspecto do tema do que noutros. Não obstante o enfoque primário deste curso de formação ser na violência contra mulheres idosas, muitas das questões aqui abordadas são igualmente relevantes em casos de abuso e violência em contexto de prestação de cuidados, incluindo as situações em que as vítimas da violência são homens idosos.

INFORMAÇÃO GENÉRICA SOBRE ESTE CURSO DE FORMAÇÃO

Objectivos

O curso de formação tem como objectivo sensibilizar e formar profissionais que trabalham em casa de mulheres idosas para que reconheçam a violência contra essas mulheres no contexto das famílias e saibam que atitude empreender após esse reconhecimento.

Concretamente, os seus objectivos são:

- Familiarizar os/as formandos/as com as definições e os tipos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias;
- Fornecer informação sobre os contextos e factores de risco da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias;
- Capacitar os/as profissionais para que reconheçam os sinais de violência contra mulheres idosas;
- Aumentar a confiança e competências dos/as profissionais para a intervenção em casos de violência contra mulheres idosas;
- Capacitar os/as profissionais para que saibam onde dirigir-se para obterem ajuda e apoio para a vítima e, eventualmente, para o/a agressor/a;
- Disponibilizar informação sobre como gerir situações difíceis e cuidar de nós próprios/as;
- Sensibilizar os/as profissionais para que distingam o que é e o que não é da sua responsabilidade;
- Clarificar que não é esperado que os/as profissionais lidem sozinhos/as com situações de violência contra mulheres idosas;
- E possibilitar a partilha de experiências, entre profissionais, de casos de violência contra mulheres idosas com os quais esses/as profissionais já se depararam.

Grupos-alvo e dimensão do grupo

O principal grupo-alvo deste curso de formação são os/as profissionais de saúde e serviço social que trabalham em casa de pessoas idosas. Estes/as são sobretudo:

- enfermeiros/as;
- auxiliares de enfermagem;
- pessoas técnicas de serviços de apoio às pessoas idosas e ajudantes familiares.

Contudo, o curso de formação é também relevante para todos/as os/as outros/as profissionais que trabalham em casa de mulheres idosas, tais como fisioterapeutas ou profissionais de serviço social. O curso pode também ser relevante para voluntários/as que, por exemplo, visitem mulheres idosas nas suas casas ou ofereçam outros serviços numa base de voluntariado. Em princípio, podem ser adaptadas partes ou todo o curso para utilização junto de outros grupos-alvo, tais como médicos/as de família, profissionais em centros de dia ou outros profissionais de saúde e serviço social.

O curso pode ser leccionado a profissionais de uma organização ou a profissionais de diferentes organizações. Pode ser leccionado internamente ou por entidades formadoras externas. Em princípio, os/as formandos/as podem ser de um grupo profissional ou pertencer a diferentes áreas. Todavia, dependerá da organização que leccionar o curso e dos objectivos específicos da organização o facto de o grupo de formandos/as ser homogéneo ou heterogéneo. Ambos podem ter vantagens e desvantagens, nomeadamente: i) os grupos multiprofissionais podem envolver um elevado nível de aprendizagem mútua e melhorar a cooperação em termos práticos, mas podem ter a desvantagem de existirem diferentes níveis de conhecimento entre os/as formandos/as, podendo as dinâmicas do grupo ser mais difíceis; ii) os grupos homogéneos podem ser menos vivos mas mais fáceis de trabalhar para o/a formador/a. Ao dar formação a um grupo misto, o/a formador/a deve dar especial atenção às linhas orientadoras relacionadas com a *gestão de dinâmicas de grupo específicas*, referidas mais à frente.

Idealmente, este curso de formação deve ser leccionado com grupos de 12 a 15 pessoas.

O/a formador/a deve procurar sempre adaptar os conteúdos e os métodos deste curso de formação à experiência profissional das pessoas participantes e à dimensão do grupo. Muitas das temáticas e questões abordadas nos exercícios estão, de certa forma, orientadas para grupos com maior habilitação escolar/académica. No trabalho com grupos com menor habilitação escolar/académica ou experiência profissional, o/a formador/a deverá simplificar algumas abordagens ou questões ou disponibilizar mais tempo para a formação. Nalguns contextos, é, ainda, possível que os/as profissionais a quem se está a dar a formação sejam oriundos/as de diferentes grupos culturais e étnicos ou de diferentes países. Neste caso, será pertinente que se adapte a linguagem às competências linguísticas das pessoas participantes; é, igualmente, relevante tomar em consideração os aspectos multiculturais durante os exercícios e suas discussões.

Formadores/as

É altamente recomendável que este curso seja dado por dois/duas formadores/as, um/a com experiência no apoio e prestação de cuidados a pessoas idosas e outro com experiência no âmbito da protecção à vítima e em questões relacionadas com a violência contra mulheres. Isto significa que ambas as perspectivas estão representadas e que os/as formadores/as se apoiam mutuamente. Os/as dois/duas formadores/as podem ajudar se surgirem questões difíceis e se um/a dos/as formandos/as necessitar de uma atenção especial. Neste caso, um/a dos/as formadores/as pode apoiar esse/a o/a formando/a e o outro/a formador/a pode continuar com o grupo. Ainda, dado que as questões abordadas são emocionalmente sensíveis, pode facilitar se um/a dos/as formadores/as tiver formação em psicologia; este factor provou ser particularmente eficaz no decurso do Módulo 8 ‘Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a’; recomenda-se, pois, que caso nenhum/a dos/as formadores/as essa formação, que seja pedido a uma terceira pessoa apoio para este módulo.

Se não for possível ter em toda a formação os/as dois/duas formadores/as, pode-se, em alternativa, convidar pessoas peritas para falarem sobre determinado assunto (por exemplo, sobre o quadro legal).

Os/as formadores/as podem ter diferentes antecedentes profissionais como a enfermagem, a psicologia, a pedagogia no trabalho social, etc. Idealmente, os/as formadores/as deverão ter experiência de formação e experiência profissional no apoio e prestação de cuidados a pessoas idosas ou na área da prevenção da violência e da protecção às vítimas. Deverão, também, ter capacidade de comunicação, conhecimento de métodos de formação e, nalguns casos, uma certificação formal.

Tempos e duração

O curso de formação está planeado para nove módulos com uma hora e meia cada, num total de 13,5 horas. O curso pode ser leccionado em dois dias consecutivos ou em unidades mais pequenas, por exemplo, de um ou dois módulos por semana. No decurso da implementação piloto deste curso de formação durante o projecto “Breaking the Taboo 2”, foi evidente que a duração de cada módulo depende, em muito, do tamanho do grupo e da experiência profissional e habilitações escolares/académicas do grupo. Importa, ainda, ressaltar que cada sessão e respectivos exercícios podem ter uma duração diferente, dependendo do envolvimento do grupo nas discussões e na partilha de experiências bem como da partilha de experiências relativas à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias por parte do/a próprio/a formador/a. A implementação piloto veio demonstrar que há, pelo menos, uma sessão onde o tabu é quebrado e as pessoas participantes acabam por relatar as suas próprias experiências profissionais detalhadamente; dependente do ambiente de trabalho do grupo e do facto de as pessoas participantes se conhecerem ou não, tal pode acontecer numa fase inicial do curso (por exemplo, na introdução) ou numa fase mais tardia (por exemplo, no reconhecimento da violência).

O manual de formação está, assim, desenhado para ter uma utilização flexível e podem ser escolhidos e leccionados apenas alguns módulos e/ou tópicos, se houver menos tempo disponível. Da revisão bibliográfica feita e da experiência de outros cursos de formação, inferiu-se que dois dias seria a duração ideal para o curso de formação. Contudo, em muitas situações e organizações não é possível fazer-se a formação em dois dias consecutivos. Em todos os *workshops* implementados durante os dois projectos ‘Breaking

the taboo' foi sentido, por parte das pessoas participantes, que quatro horas não chegavam. Desta forma, recomenda-se que este curso de formação tenha um mínimo de seis horas; não obstante, deve-se atender que um curso de formação desta natureza em seis horas corresponde mais a uma acção de sensibilização do que a formação propriamente dita.

Ao longo do programa de formação serão disponibilizadas indicações sobre o tempo recomendado para cada módulo, tópicos e exercícios incluídos no respectivo plano do geral do módulo e plano de sessão. Contudo, salienta-se que os tempos indicados são tempos mínimos e que na maior parte dos casos será necessário mais tempo para cada módulo e/ou exercícios; esta é uma consideração adstrita à dimensão do grupo, habilitações escolares/académicas e nível de experiência profissional e ao tempo que o/a próprio/a formador/a disponibiliza para discussão e partilha de experiências.

A estrutura

A estrutura do curso de formação pode e deve ser ajustada às necessidades dos/as formadores/as e dos/as formandos/as, às habilitações escolares/académicas e profissionais dos/as formandos/as e tamanho do grupo e ao tempo e recursos disponíveis no contexto individual. Assim, o/a formador/a pode decidir leccionar todo o curso de formação como listado no manual ou escolher determinados módulos, tópicos ou exercícios. Também o horário das sessões de formação pode ser decidido caso a caso. É possível leccionar a formação numa sequência de dois dias ou com intervalos entre os módulos ou em sessões de meio-dia. Se houver algum tempo entre as sessões, é aconselhável dar tempo aos/às formandos/as para partilharem ideias e experiências no início do novo dia de formação.

Sendo todos os módulos e tópicos relevantes e importantes, recomenda-se a inclusão dos seguintes tópicos no curso de formação:

- Módulo 1 - Exercício 1: *Boas-vindas e apresentação*; e Exercício 4: *Reflexão pessoal sobre a experiência profissional de cada um/a com violência contra mulheres idosas no contexto das famílias*;
- Módulo 2 - Tópico 2: *Enquadramento da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias*; e Tópico 3: *Abordagem dos diferentes tipos de violência*;
- Módulo 3 - Tópico 1: *Prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias*; e Tópico 3: *As dinâmicas sociais da violência*;
- Módulo 4 - Tópico 1: *Indicadores/sinais de violência*; e Tópico 2: *Etapas do reconhecimento*;
- Módulo 5 - Tópico 1: *Abordagem da violência com a vítima*; Tópico 2: *Dificuldades que podem surgir ao abordar a vítima*; e Tópico 3: *Abordagem da violência com o/a agressor/a*;
- Módulo 6 - Tópico 1: *Garantir a segurança*; e Tópico 2: *Registar e documentar a violência potencial*;
- Módulo 7 - Tópico 2: *A quem recorrer e em que caso?*
- Módulo 8 - Breve exposição sobre *Gerir situações difíceis e cuidar de nós próprios/as*.

O módulo 9 é um módulo relevante que permite fazer um resumo dos materiais e experiências de aprendizagem mais significativos. Contudo, é também possível não leccionar este módulo tal como está apresentado no programa mas seleccionar exercícios específicos e utilizá-los em substituição de alguns dos exercícios originais, nalguns módulos. No módulo 9 estão claramente referidos quais os módulos a que os exercícios dizem respeito.

Abordagem metodológica

Este curso de formação utiliza diferentes metodologias, que vão dos exercícios práticos até à exposição teórica. O objectivo é permitir uma aprendizagem activa e orientada para a prática.

As exposições teóricas e os exercícios incluídos nos módulos são uma opção e incentivam-se os/as formadores/as a juntar informação adicional, exercícios e exemplos adequados, relevantes para o público-alvo e para o respectivo contexto nacional e local. Ainda, a brochura 'Violência contra mulheres idosas em contexto familiar: Reconhecer e agir' desenvolvida no decurso do projecto 'Breaking the taboo' pode

ser facultada como texto de apoio aos/às formandos/as (download em www.btt-project.eu). Esta brochura contém, também, uma lista de contactos de organizações relevantes nesta material, lista essa que pode ser utilizada durante o Módulo 7.

Para cada módulo é disponibilizada uma apresentação em *powerpoint*. Estas apresentações podem ser alteradas por forma a incluir informação adicional.

Foi feito um esforço para a utilização de diferentes meios audiovisuais e tipos de exercícios. Contudo, ao nível europeu, nem sempre foi possível encontrar material audiovisual disponível em todos os países (por exemplo, vídeos, gravações áudio ou artigos de jornal nas línguas nacionais). Assim, os/as formadores/as são também incentivados/as a utilizar os diferentes meios audiovisuais disponíveis nas suas línguas nacionais.

Mais ainda, neste contexto - onde é muito provável que alguns/algumas ou todos/as os/as formandos/as tenham uma longa experiência profissional - é muito importante incluir permanentemente a experiência e conhecimentos dos/as formandos/as. Deve ter-se em consideração que os/as formandos/as contribuirão com as suas histórias de vida e conhecimentos pessoais, incluindo a respectiva formação, trabalho e experiência na prestação de cuidados. Os módulos estão concebidos de modo a permitir a contribuição e discussão dos/as formandos/as antes do/a formador/a dar o seu contributo. Adicionalmente, a utilização da experiência dos/as formandos/as como estudos de caso pode contribuir para a natureza prática do curso de formação e permitir uma aprendizagem de carácter prático.

LINHAS ORIENTADORAS PARA OS/AS FORMADORES/AS

Dar formação a profissionais sobre como reconhecer, abordar e intervir em situações de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias é uma experiência formativa de abordagem a um tópico muito sensível e emocional e que, por isso, requer uma atenção especial a determinados aspectos importantes. Os seguintes procedimentos e linhas orientadoras básicas para os/as formadores/as têm como objectivo fornecer orientações sobre como proceder em relação a diferentes aspectos subjacentes a este curso de formação.

Nesta secção o/a formador/a encontrará algumas linhas orientadoras centradas no modo como o curso de formação deve ser ministrado e na forma de lidar com “desafios de formação” específicos que decorrem do tema do programa de formação: violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Muitas das questões, que reportam ao reconhecimento e à acção em casos de violência contra mulheres idosas, envolvem decisões de ordem ética que, em muitas situações, não são fáceis de serem tomadas. A complexidade das situações e os diferentes interesses que as envolvem podem, por vezes, causar dilemas morais aos/às profissionais e outras pessoas envolvidos no processo de procura de soluções. Como é evidenciado em diferentes módulos, existe uma variedade de regulamentações de ordem legal e organizacional, interesses pessoais e distintos conjuntos de valores comprometidos no trabalho com casos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias; em muitas situações, todos estes factores podem ser conflituosos, pelo que não existe qualquer ‘receituário’ a seguir; ainda, todo o contexto individual necessita ser cuidadosamente considerado.

Estas matérias acarretam consequências no próprio curso de formação. Se, por um lado, é necessário considerar todos os procedimentos organizacionais (ou evidenciá-los), nos casos em que tal exista, por outro lado é necessário tempo e espaço para a discussão destes dilemas durante o curso de formação.

CRIAR UMA ATMOSFERA DE CONFIANÇA E LIDAR COM TEMAS SENSÍVEIS

É importante assumir que a maioria, se não todos/as os/as formandos/as, estará a receber, pela primeira vez, formação sobre violência contra mulheres (idosas) e sobre como lidar com situações específicas. Este tipo de formação pode ser especialmente emocional, conduzindo, por vezes, a uma atmosfera desagradável ou até levando as pessoas a abandonar a sala. Assim, como formador/a, é crucial incentivar a dinâmica do grupo, o que permitirá aos/às formandos/as aprenderem num ambiente educacional enriquecedor e de confiança.

Esta “criação de uma atmosfera de confiança” é um dos resultados mais importantes no trabalho de grupo e um importante pré-requisito para o sucesso da nossa actividade como formadores/as. A empatia, o entendimento, a abertura de espírito e a partilha são qualidades importantes. Para que consigamos trabalhar com um grupo e ganhar a sua confiança, devemos criar condições para que os/as formandos/as expressem as suas opiniões abertamente, participem nos diversos métodos utilizados e sejam estimulados/as a intervir. O nosso principal papel como formadores/as é o de sermos facilitadores/as, encorajando a interacção dentro do grupo durante a execução das tarefas. Esta atitude fomenta a aprendizagem construtiva e incentiva os/as formandos/as a aprofundarem, por si próprios/as, os conhecimentos e a aprenderem uns/umas com os/as outros/as.

Geralmente, é útil incentivar a comunicação em todas as direcções. O/a formador/a e os/as formandos/as devem:

- Ouvir activamente por forma a demonstrar interesse;
- Fazer perguntas que ajudem a clarificar os assuntos em debate;
- Reagir aos humores de cada um/a e ao que é dito, de uma forma construtiva;
- Respeitar as opiniões expressas, mesmo que não concordem com elas;
- Dar respostas educadas a todas as perguntas.

Se a atmosfera é negativa e os/as formandos/as começam a sentir-se desconfortáveis. Pode, também, ser útil fazer uma pausa durante a sessão de formação e convidar as pessoas a relaxarem e a deixarem para trás todas as impressões e sentimentos negativos, antes de continuarem.

Existem várias situações, tópicos ou dinâmicas de grupo que podem influenciar a qualidade do curso de formação. Algumas são apresentadas abaixo com sugestões sobre como geri-las.

Lidar com formandos/as que podem ter dificuldades

- Podem existir **formandos/as** num grupo que viveram, **eles/as próprios, situações de violência** ou que estiveram emocionalmente envolvidos/as em situações violentas. Para estes/as formandos/as, alguns temas deste curso podem ser particularmente difíceis. Uma vez que os exercícios pretendem focar e são baseados nas experiências (profissionais) dos formandos/as, por vezes há a tendência de aproveitar a oportunidade para revelar as experiências pessoais com a violência. Assim, é possível que os/as formadores/as tomem consciência do facto de que um/a formando/a é um/a sobrevivente de uma situação de violência. É particularmente importante que os/as formadores/as estejam preparados/as para apoiar estes/as formandos/as. As estratégias de apoio podem passar por convidar o/a formando/a a sair da sala para falarem em privado. Se existirem dois/duas formadores/as, isto pode ser feito durante a sessão. O/a formador pode debater, com o/a formando/a em questão, se gostaria, ou não, de continuar no curso, dadas as circunstâncias. Pode, também tentar perceber se o/a formando/a quer/precisa de apoio adicional. Nestes casos é muito útil ter uma lista de contactos de serviços de apoio e ser capaz de recomendar o serviço de apoio mais útil.
- Quando existem **formandos/as que reagem agressivamente** durante os exercícios e/ou discussões, é importante que todas as outras pessoas se mantenham calmas. Uma das estratégias para que o/a formador/a consiga lidar com esta situação é o recurso a um processo em três etapas: 1) O/a formador/a diz que vai parar e resumir o exercício/discussão e o que foi dito até àquele momento; 2) O/a formador/a destaca os pontos-chave focados durante a discussão; 3) O/a formador/a procura validar esses pontos com o grupo. Se a pessoa ainda não estiver calma e se estiver a destabilizar o grupo, então o/a formador/a pode pedir-lhe para respeitar as regras do bom convívio em sala de formação, firmemente mas com delicadeza.
- Quando **os/as formandos manifestam uma crise emocional**, o/a formador/a deve perguntar-lhes se querem continuar na formação. O/a formador/a deve também tentar perceber se a causa da crise emocional está relacionada com situações profissionais anteriores, ligadas a mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias, que conduziram a situações de frustração, decepção ou raiva, ou se está relacionada com problemas ligados à organização onde trabalham ou a uma experiência pessoal (ver acima). Na primeira situação o/a formador/a pode encorajar os/as formandos/as a permanecerem na formação, por forma a beneficiarem das experiências e perspectivas dos/as outros/as; na segunda situação, o/a formando/a pode encarar a formação como uma oportunidade para aprender através de outras práticas organizacionais e para se afastar temporariamente duma atmosfera de trabalho tensa. Contudo, se a resistência de um/a formando/a é especialmente forte e não restam dúvidas de que pretende abandonar a formação, isso deve ser viabilizado de uma forma amigável.

Lidar com tópicos sensíveis abordados pelos/as formandos/as durante as discussões

Muitos dos exercícios estão concebidos para levar os/as formandos/as a pensar e a falar acerca da violência contra mulheres idosas e, por vezes, a apresentar e a partilhar experiências sobre a forma como lidaram com (anteriores) situações de violência. Contudo, acontece muitas vezes que alguns/algumas formandos/as falam sobre a prática de uma forma que pensam ser efectiva mas que, de facto, não é e, por vezes, pode mesmo ser uma “má prática”.

Ao longo desta formação é essencial que o/a formador/a aborde com sensibilidade as práticas inseguras, sempre que elas surjam na discussão. Será útil permitir uma discussão objectiva sobre o assunto com outros/as formandos/as e referir factos conhecidos de uma forma objectiva.

Alguns desses temas podem ser:

- Um/a formando/a pode **culpar a vítima**, fazendo-lhe perguntas acerca do que terá feito para provocar a violência ou porque razão não abandonou simplesmente a situação.
- Alguns/algumas formandos/as podem **centrar-se exclusivamente na punição do/a agressor/a**, como se, por si só, isso mitigasse outras necessidades da vítima.
- O enfoque na **'cura' do/a agressor/a** pode enfraquecer o enfoque na vítima e na abordagem das suas necessidades. Pode também apoiar erradamente a ideia de que os/as agressores/as estão demasiado sobrecarregados ou são pessoas miseráveis ou perturbadas que não podem ser responsabilizadas pelas suas acções.
- Alguns/algumas formandos/as podem **distanciar-se emocionalmente** do assunto dizendo que acreditam que a situação nunca poderia ocorrer na sua comunidade ou ao abrigo do respectivo enquadramento legal. Outros/as podem distanciar-se, indicando que a vítima descrita nunca poderia ser sua cliente ou que o caso é demasiado extremo para ser credível.
- Nalguns casos, os/as formandos/as ou o grupo podem **criticar os/as outros/as profissionais**. Aqui deve ficar claro que o objectivo da discussão é realçar de que modo os/as formandos/as podem apoiar as vítimas em situações semelhantes e não criticarem o comportamento de um ou outro profissional. Se o grupo quiser comentar as intervenções dos/as profissionais, a conversa deve ser encaminhada para o modo como os/as formandos/as responderiam se existisse, na sua comunidade, uma vítima com problemas semelhantes. O ponto-chave da formação não é a forma como as outras pessoas deram resposta à situação mas sim a forma como os/as formandos/as podem melhorar as suas respostas em relação às vítimas idosas.

Lidar com outras temáticas

- Durante a formação algumas **temáticas que não são centrais** a este curso podem ser trazidas pelos/as formandos/as. Temáticas como ser testemunha da violência perpetrada por um/a colega contra a cliente, violência contra crianças ou sobre as difíceis condições de trabalho a que se encontram sujeitos/as. Por um lado, é importante que dê relevância a estas preocupações de forma séria, reconhecendo que estas são questões pertinentes; por outro lado, o/a formador/a deve, sempre que necessário, clarificar quais são as principais temáticas a abordar neste curso de formação.

Lidar com diferentes tipos de grupos

Como referido anteriormente, este curso de formação é concebido para diferentes grupos profissionais e para grupos homogéneos e heterogéneos. Dependendo da combinação dos grupos, podem existir diferentes situações que despoletam diferentes dinâmicas de grupo, designadamente:

- Se o grupo inclui equipas multiprofissionais, incentivar todo o grupo a participar e a trazer as suas experiências profissionais para a discussão. A inclusão de perspectivas multidisciplinares sobre o mesmo tema acrescentará valor ao debate. Em grupos multiprofissionais, o incentivo pode ser dado perguntando abertamente: 'para os/as que vêm da área da saúde, o que pensam acerca de...?' ou através de uma pergunta directa a um/a formando/a com uma determinada experiência profissional.
- Se o grupo inclui diferentes estruturas hierárquicas profissionais, deve estar-se atento/a aos níveis de participação desequilibrados. Quando existem coordenadores/as e subordinados/as, algumas pessoas podem sentir-se desconfortáveis e inibidas. A participação de todos/as deve ser incentivada pedindo a cada formando/a que partilhe ideias e experiências, envolvendo os/as formandos/as naquilo que sabem e na sua experiência profissional, independentemente da posição que ocupam na hierarquia da organização. O/a formador/a pode perguntar: 'para aqueles/as que visitam frequentemente a casa de uma mulher idosa, o que pensam sobre...?'
- Se o grupo inclui pessoas com diferenças na extensão da sua experiência profissional, a partilha das melhores práticas profissionais pode ser um bom exercício de aprendizagem. Contudo, o/a formador/a deve sempre evitar que os/as mais experientes julguem ou comentem a experiência dos/as outros/as ou que assumam uma posição de liderança, a qual deve pertencer sempre ao/à formador/a. O nível de participação dos/as formandos/as deve ser, mais uma vez, equilibrado.
- Se o grupo inclui formandos/as com diferentes habilitações académicas, é fundamental incluir todas as suas experiências e reflexões. Uma das estratégias pode ser a paráfrase, o que requer uma grande capaci-

dade compreensiva e de memória. Muitas vezes a paráfrase acalma as pessoas já que retira ao/à orador/a a sua apreensão relativamente ao facto de não estar a ser ouvido/a nem entendido/a. Também encoraja as pessoas a partilharem ideias, já que lhes dá o *feedback* de que as suas ideias merecem ser ouvidas. Mais ainda, dá a oportunidade de esclarecer e validar as opiniões que são expressas.

Sigilo profissional e protecção de dados

Apesar de muitos exercícios assentarem na experiência profissional dos/as formandos/as, deve ficar claro no início da formação que se deve evitar a utilização de nomes reais e a revelação de detalhes sobre casos específicos.

Para além disso, é importante firmar que a informação partilhada não deve sair da sala de formação. Os/as formandos/as têm de compreender que estes são temas sensíveis, que requerem um elevado nível de confidencialidade e sigilo.

Equilibrar as necessidades dos/as formadores/as com as dos/as formandos/as

Enquanto os/as formadores/as têm um importante papel no apoio aos/às formandos/as e na gestão das situações difíceis que podem surgir durante a formação, é também importante ter em mente as suas próprias necessidades e estabilidade emocional. Do mesmo modo que os/as formandos/as serão incentivados/as ao longo de toda a formação - e especialmente no módulo 8 - a ter em atenção a sua segurança e bem-estar pessoal, isto também se deve aplicar aos/às formadores/as.

Ter dois/duas formadores/as com diferentes experiências profissionais é útil para que se possam apoiar mutuamente se sentirem dificuldades. Mais ainda, a utilização da supervisão inter pares pelos/as formadores/as para fazerem um balanço, após a formação com material tão exigente, pode ser um caminho eficaz para assegurar que as emoções de cada um/a não afectam a forma como o material é debatido na aula. Para não se tornarem demasiado envolvidos/as emocionalmente, é útil desenvolver um certo sentido de distanciamento pessoal do tópico, por forma a serem capazes de lidar com estes assuntos com sensibilidade.

USO BEM-SUCEDIDO DE MÉTODOS INTERACTIVOS

Como acima referido, o curso de formação foi concebido para ser interactivo e envolver a experiência, o conhecimento e as opiniões dos/as formandos/as de um modo activo. Este tipo de formação requer, normalmente, algum tempo extra, bem como alguma reflexão e preparação.

Existem diversos pilares dos métodos de formação interactiva que são relevantes para os exercícios sugeridos em cada módulo.

Um aspecto importante são as **técnicas eficazes** para, por exemplo, cumprir o horário, tais como:

- Ajustar a distribuição de tempos ao número de formandos/as e respectivas habilitações e experiências profissionais;
- Começar a horas e mostrar que o horário é importante: se demasiados/as formandos/as se atrasam, iniciar uma discussão, uma actividade para “quebrar o gelo” ou uma actividade de preenchimento de espaços com os que já estão presentes. Caso contrário, realçar a importância de começar a horas por forma a demonstrar que chegar atrasado/a não é aceitável;
- Dar instruções claras: se uma actividade é muito difícil, escrever as instruções numa folha de papel, num *slide* ou utilizar o material de apoio. Dividir as tarefas em segmentos;
- Preparar uma informação visual: antes da sessão, escrever os pontos principais num poster e colocá-lo na parede ou escrevê-los num *slide* ou num quadro. Disponibilizar papel para o *flip-chart*, marcadores, autocolantes de papel ou pioneses. Apontar as sugestões e opiniões importantes do grupo. O poster com informação visual estimula as discussões e as tomadas de posição e melhora as capacidades de memória. Isto também é útil para os/as formandos/as que tomam notas ou querem manter parte da informação nos seus registos.

A **discussão e a reflexão conjunta** são aspectos-chave para uma aprendizagem interactiva. As perguntas de discussão são concebidas para audiências interdisciplinares e grupos de áreas específicas. Têm uma ordem recomendada embora os/as formadores/as possam determinar quais as que funcionam melhor para o seu público-alvo e possam acrescentar outras perguntas, se necessário. Antes da formação, devem rever-se as perguntas de discussão e determinar-se quais as que melhor ilustram os pontos a assimilar durante a formação. Devem antecipar-se as possíveis respostas dos/as formandos/as por forma a poderem destacar-se os pontos-chave da aprendizagem, caso estes não surjam naturalmente durante a discussão.

A reflexão partilhada é extremamente útil porque cria uma oportunidade de aprendizagem de outros pontos de vista, de diferentes estratégias e de novas formas de interpretar os desafios. Neste contexto, pode ser vantajoso reservar algum tempo para a realização de discussões e reflexões partilhadas. A partilha de experiências e opiniões pode conduzir ao estabelecimento de uma futura rede de contactos e pode também incentivar os/as formandos/as de um grupo, que não se conhecem entre si, a cooperar no futuro.

Como acima referido, o **trabalho com a experiência dos/as formandos/as** é um aspecto importante de um curso de formação como este. Pode melhorar a importância prática da formação, gerar interacção entre os/as formandos/as de uma forma mais viva e proporcionar uma experiência de aprendizagem recompensadora para todos/as, incluindo para o/a formador/a. De um modo geral, isto significa que o/a formador/a tem de ser flexível para se adaptar aos temas e informação para os quais não se preparou.

Para vários módulos estão preparados estudos de caso. Se os/as formadores/as se sentirem suficientemente confortáveis e flexíveis para o permitir, pode ser muito recompensador utilizar estudos de caso relatados pelos/as formandos/as em vez dos que estão preparados à partida.

Contudo, deve ficar claro que isto não constitui uma oportunidade para a discussão detalhada do envolvimento emocional de cada um/a. Se os/as formandos/as estão pessoalmente afectados/as, recomenda-se a utilização de uma das estratégias acima referidas.

Neste âmbito, a **linguagem corporal** ou os sinais corporais podem ser um importante indicador de estado de espírito ou condição emocional da pessoa, nos casos em que estes aspectos podem não ser relatados verbalmente. Pode ser útil ter em conta a linguagem corporal dos/as formandos/as e dos/as formadores/as e utilizar estas observações como sinais para alterar ou adaptar o processo do curso de formação.

O **brainstorming** já provou ser uma abordagem extremamente criativa e estimulante para a abertura à discussão de um determinado tópico. Os/as formandos/as são convidados a dar as suas respostas a um determinado conceito ou questão e o/a formador/a escreve-as no quadro ou *flip-chart*, não permitindo (num primeiro momento) qualquer discussão dos assuntos. Apenas depois desta fase pode o grupo dar início à sua discussão ou análise, à sua avaliação crítica, estruturação, etc.

Muitos módulos sugerem o **trabalho em pequenos grupos**, o que pode ser útil para permitir que mais formandos/as estejam activamente envolvidos/as a para permitir, àqueles/as que não gostam de falar em grandes grupos, que o façam.

Existem diversas maneiras de dividir os/as formandos/as em pequenos grupos. Uma delas é deixar que os/a formandos escolham com quem querem trabalhar ou em que tópico querem trabalhar (se aplicável). Outra maneira é fazendo uma contagem dos/as formandos/as e dizendo-lhes em que grupo irão trabalhar. Nalguns grupos pode ser útil juntar formandos/as que trabalhem num determinado local ou pedir aos/às formandos/as que se juntem a pessoas que não conhecem. Finalmente, uma maneira mais divertida de formar grupos de modo aleatório é pedir aos/às formandos/as que escolham um papel com um número ou um símbolo.

Dependendo dos/as formandos/as e do assunto em questão, os grupos pequenos podem trabalhar por si só ou podem ter a ajuda dos/as formadores/as, caso existam dois/duas ou mais formadores/as ou peritos/as. Adicionalmente, pode pedir-se ao grupo que nomeie um/a facilitador/a e/ou pessoa que anotar e relatará os resultados em plenário. O papel do/a formador/a pode ser o de lembrar aos grupos quanto tempo ainda têm para trabalhar e prestar assistência no caso de qualquer problema ou dúvida.

Outro método que pode ser encontrado nalguns módulos é o do **role play**. Podendo este método ser muito eficaz e útil para demonstrar temas importantes, devem ser tidos em conta dois aspectos. Por vezes os/as formandos/as podem mostrar alguma resistência ao *role play* e podem não querer participar. A experiência prova que é vantajoso manter o *role play* planeado apesar das expectativas negativas, já que, no final, os/as formandos consideram a experiência útil.

Na maioria dos casos existirão 2-3 pessoas que interpretarão um papel e outros/as que serão observadores/as e que podem ter de responder a perguntas específicas. É importante explicar a todos/as os/as formandos/as exactamente o que é esperado de cada um/a. Mais ainda, é útil que os/as intérpretes adoptem explicitamente o papel e que lhes seja explicitamente pedido que o abandonem após o *role play*, para que não fiquem influenciados/as no decorrer do restante tempo do módulo.

Notas relacionadas com a terminologia

A terminologia utilizada durante a apresentação deste programa de formação é um aspecto que merece ser cuidadosamente considerado desde o início da sua preparação. A terminologia usada deve ser coerente durante toda a formação.

Caso os/as formandos/as venham de uma única organização ou local, onde é utilizada terminologia específica, é importante adaptar os termos utilizados neste programa de formação aos utilizados mais frequentemente pela organização ou local de onde vêm os/as profissionais.

Resumo de aspectos a considerar

- Adoptar um modelo de formação baseado no trabalho de grupo e em métodos interactivos;
- Identificar exercícios interactivos úteis;
- Preparar apresentações e documentos de apoio;
- Preparar um horário que tenha em conta as necessidades do público-alvo e determinar os pontos-chave de aprendizagem;
- Planear por antecipação: antecipar as respostas dos/as formandos/as para poder abordar pontos-chave da aprendizagem, caso não surjam durante a discussão;
- Começar a horas: demonstrar que o horário é importante;
- Dar instruções claras: se uma actividade é muito difícil, escrever as instruções numa folha de papel, num *slide* ou utilizar o material de apoio. Dividir as tarefas em segmentos;
- Ter em conta a linguagem corporal: os gestos não-verbais também fazem parte da apresentação do/a formador/a. A mímica, os gestos e a postura devem apoiar as palavras. Mais ainda, deve ter-se atenção à linguagem corporal dos/as formandos/as;
- Ter a última palavra: concluir cada discussão resumindo todos os pontos-chave da formação;
- Incentivar o *feedback*: no final de cada módulo/dia de formação, reservar alguns minutos para pedir aos/às formandos/as que dêem o seu *feedback*, comentários, ideias e sugestões, por forma a melhorar o programa de formação.

EQUIPAMENTO E MATERIAL NECESSÁRIO

De um modo geral, os/as formadores/as terão necessidade:

- Do manual de formação;
- De cópias dos documentos de apoio: os documentos de apoio estão incluídos nos próprios módulos. É importante ter em mente que os documentos de apoio devem adequar-se às habilitações e experiências profissionais e de formação do grupo-alvo. No entanto, o/a formador/a deve utilizá-los como parte integrante do processo de ensino;
- De equipamento para utilização do *powerpoint*: computador portátil, projector, ecrã, colunas altifalantes (quando necessário);
- De *slides* de powerpoint: para cada módulo existem *slides* preparados que podem ser adaptados para satisfazer as necessidades dos/as formadores/as;
- De um *flip-chart* e marcadores.

Alguns exercícios incluídos neste programa de formação requerem material adicional. Os/as formadores/as encontrarão, em cada exercício, uma lista do material específico requerido e devem providenciá-lo antecipadamente.

LISTA DE CONTROLO PARA A ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES

	✓	Observações
Plano da sessão		
Lista dos/as formandos/as		
Computador portátil		
Projector e ecrã		
Colunas altifalantes externas		
<i>Slides de powerpoint</i>		
Cópias dos documentos de apoio		
<i>Flip-chart</i>		
Marcadores		
Pacote de informação para os/as formandos/as (programa detalhado, documentos de apoio, folhas de papel, canetas, outras informações relevantes)		
Formulários de avaliação		

COMO UTILIZAR ESTE MANUAL / CD-ROM

O manual inclui a introdução e informação ao/à formador/a, nove módulos e, ainda, um capítulo sobre avaliação e linhas de orientação para pessoas de contacto nas organizações. A primeira página deste manual contém uma visão global, incluindo estes elementos. Ao clicar num módulo, aparecerá uma página contendo uma visão global dos módulos.

Cada módulo tem a mesma estrutura: introdução, objectivos do módulo e o plano geral do módulo, que contempla os vários tópicos a abordar no módulo. De seguida apresenta-se uma tabela contendo os tópicos e respectiva informação, nomeadamente: enquadramento, evidenciando os conteúdos respectivos e a teorização subjacente; plano de sessão, que explana a forma de dar cada um dos tópicos e respectivos exercícios; por último, em documentos de apoio encontram-se os documentos auxiliares aos exercícios e os textos de apoio a distribuir aos/às formandos/as (identificados por tópico). Finalmente, apresentam-se recomendações para leituras adicionais e referências bibliográficas.

Caso o/a formador/a não queira ler o conteúdo do módulo do princípio ao fim, pode clicar no tipo de informação e no tópico que pretende.

MÓDULO 1

Introdução ao programa de formação

Introdução	pág. 02
Objectivos do módulo	pág. 02
Plano geral do módulo	pág. 03



TÓPICO 1 Boas-vindas e apresentações	pág. 04
TÓPICO 2 Visão geral do programa de formação	pág. 06
TÓPICO 3 Expectativas dos/as formandos/as	pág. 07
TÓPICO 3 Experiência profissional dos/as formandos/as relativamente à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	pág. 08

Recomendações para leituras adicionais	pág. 11
Referências bibliográficas	pág. 12

INTRODUÇÃO

Este módulo apresentará uma visão geral do programa de formação e deverá lançar as bases para uma boa relação de trabalho entre os/as formandos/as. Concretamente, deverá permitir a criação de uma atmosfera de confiança e cooperação no grupo, encorajar os/as formandos/as a reflectir sobre as razões da sua participação nesta formação e a partilhar essas mesmas razões, bem como permitir uma primeira reflexão sobre a experiência profissional dos/das formandos/as no que diz respeito às vítimas idosas de violência no contexto das famílias. Os exercícios visam incluir os/as formandos/as no processo de reflexão e auto-reflexão. O principal objectivo é o de dar um primeiro passo para a tomada de consciência no que diz respeito às atitudes e crenças de cada um/a relativamente à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias e lançar as bases para o resto da formação.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Apresentar os objectivos e conteúdo do programa de formação;
- Promover o conhecimento mútuo dos/as formandos/as e estabelecer uma atmosfera de confiança;
- Clarificar as expectativas dos/as formandos/as relativamente à formação;
- Encorajar a auto-reflexão sobre as experiências profissionais e opiniões dos/as formandos/as no que diz respeito à violência.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Boas-vindas e apresentações	30'
Dar aos/às formandos/as as boas-vindas à formação e apresentar os/as formadores/as	
Os/as formandos/as respondem a perguntas no <i>flip-chart</i>	
Os/as formandos/as apresentam-se	
TÓPICO 2 Visão geral do programa de formação	15'
Apresentar os objectivos do programa de formação e respectiva estrutura	
Apresentar os objectivos da sessão	
TÓPICO 3 Expectativas dos/as formandos/as	15'
Apresentação do exercício e recolha de opiniões	
Discussão plenária	
TÓPICO 4 Experiência profissional dos/as formandos/as relativamente à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	30'
“A minha experiência profissional com a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias”. Exercício de auto reflexão.	
Discussão plenária	

PLANO DE SESSÃO

Pressupostos: O primeiro encontro com os/as formandos/as tem um papel fundamental. Não nos esqueçamos de que 90% da nossa opinião acerca das outras pessoas é construída nos primeiros 90 segundos depois de termos sido apresentados. O objectivo básico desta sessão é apresentar as características do trabalho, apresentarmo-nos como formadores/as e receber informação em primeira-mão acerca dos/as formandos/as. O importante é estruturar o nosso trabalho futuro e dar aos/às formandos/as uma ideia das características desse trabalho. Isto significa que é importante estruturar cuidadosamente este módulo, pensar nos seus conteúdos e, simultaneamente, conduzir uma conversa natural que dê aos/às formandos/as uma sensação de segurança que lhes permita descontraírem-se.

Rasteiras: O tema da violência no contexto da família em geral e contra mulheres idosas em particular pode ser intenso, pessoal e emocionalmente, uma vez que muitas pessoas já viveram experiências pessoais de violência ou estão próximas de alguém que já as viveu. Uma parte importante do seu papel é ouvir e proporcionar um espaço seguro para toda a discussão e reflexão. É especialmente importante criar uma atmosfera de respeito por todos/as os/as formandos/as. Pode haver a necessidade de flexibilizar os tempos dos exercícios.

Recomendações: O relato de experiências de violência deve centrar-se nas experiências profissionais. Assim, as experiências pessoais de violência não devem ser abordadas explicitamente neste contexto. Contudo, se surgirem, devem ser tidas em consideração. Se se tornar claro que um/a participante se vê confrontado/a com um assunto pessoal não resolvido, relacionado com violência, um/a dos/as dois/duas formadores/as deve falar com esse/a participante para decidirem em conjunto se ele/a gostaria de continuar a frequentar o curso e/ou para o/a aconselhar sobre onde pode receber apoio adicional (ver também o tópico “Linhas orientadoras para os/as formadores/as” no Módulo “Introdução ao Manual”). Dependendo do grupo de participantes, o/a formador/a poderá ter interesse em identificar as expectativas dos/as participantes antes da apresentação geral do programa de formação e, no final do curso, apresentar ao grupo as expectativas recolhidas.

Notas sobre a distribuição de tempos: No primeiro dia de formação, o/a formador/a / facilitador/a pode começar o dia utilizando uma série de instrumentos que lhe sejam familiares, para quebrar o gelo. As actividades de apresentação ajudam o grupo a começar a ganhar confiança e, deste modo, minimizam os nossos receios sobre a forma como vamos ser aceites pelo grupo. Ao seleccionarmos as actividades de apresentação, devemos ter em conta a origem do grupo, as suas expectativas, o carácter do programa, o tempo que temos. Durante os exercícios, devemos escolher cuidadosamente o momento da auto-reflexão. Também devemos ter cuidado para não “deixar escapar” informação desnecessária e ter atenção para que cada participante tenha a sua quota-parte de tempo.

TÓPICO 1 BOAS-VINDAS E APRESENTAÇÕES

Em resumo

Este módulo tem como objectivo dar as boas-vindas e apresentar os/as formadores/as e os/as formandos/as e lançar as bases para uma atmosfera de trabalho de confiança.

Objectivos de aprendizagem

Dar aos/às formandos/as as boas-vindas à formação e apresentar os/as formadores/as e os/as formandos/as.

Métodos e distribuição de tempos

	
Dar aos/às formandos/as as boas-vindas à formação e apresentar os/as formadores/as (<i>slides</i> 1-2)	5'
Os/as formandos/as respondem a perguntas no <i>flip-chart</i>	5'
Os/as formandos/as apresentam-se	20'

Passo 1

Depois de dar as boas-vindas aos/às formandos/as, o/a formador/a pode apresentar-se a si e ao/à seu/sua colega, mencionando os nomes, experiência profissional, aquilo que mais gostam no seu trabalho, etc.. É também possível apresentar os/as formadores/as utilizando, no *flip-chart*, a mesma informação que os/as formandos/as deverão recolher no próximo passo.

Passo 2

Explicar aos/às formandos/as que, uma vez que esta é uma formação participativa e vão aprender e partilhar uns/umas com os/as outros/as, devem começar por se conhecer.

Dar a cada participante uma folha e pedir-lhes que escrevam os seguintes títulos para de seguida preencherem a informação:

- Nome:
- Organização:
- Função:
- Aspecto preferido do seu trabalho:
- Aspecto de que menos gosta no seu trabalho:

Passo 3

Permitir que cada participante partilhe a sua folha com o resto do grupo

Material didáctico

- *Flip-chart*
- Marcadores
- Cartões para anotações

TÓPICO 2 APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Em resumo

Visão geral do curso de formação.

Objectivos de aprendizagem

Fornecer aos/às formandos/as informação de base sobre os objectivos desta acção de formação.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentar os objectivos do programa de formação e respectiva estrutura (<i>slides</i> 3-7)	5'
Apresentar os objectivos da sessão (8-10)	5'

Fornecer aos/às formandos/as informação de base sobre o programa de formação e a razão por que foi concebido e está a ser leccionado (ver o tópico “Informação geral sobre o curso de formação” no Módulo “Introdução ao Manual”). Descrever sumariamente os temas e objectivos de cada sessão e a metodologia de formação que será utilizada.

Apresentação audiovisual sobre o decurso do programa de formação.

Passo 1

O/a formador/a descreve sumariamente os temas e objectivos da sessão e a metodologia de formação que será utilizada, utilizando uma apresentação em *powerpoint*.

Passo 2

Explicar que a aprendizagem se fará através da experiência, do conhecimento e da participação activa. Esta é uma boa altura para relembrar o provérbio: Diz-me e eu esqueço, mostra-me e eu recordo, deixa-me fazer e eu aprendo.

Material didáctico

- *Slides*

TÓPICO 3 EXPECTATIVAS DOS/AS FORMANDOS/AS

Em resumo

Explorar as expectativas dos/as formandos/as é importante porque dá ao/à formador/a informação adicional sobre os objectivos de cada um/a e sobre a motivação para participarem na acção de formação. A informação recolhida vai ajudar os/as formadores/as a adaptarem os temas dos módulos aos desejos individuais dos/as formandos/as de modo a que possam tirar o máximo partido da acção de formação.

Objectivos de aprendizagem

Clarificar as expectativas dos/as formandos/as relativamente à acção de formação.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício e recolha de opiniões	10'
Discussão em plenário sobre as expectativas manifestadas	5'

Passo 1

Os/as formandos/as são encorajados/as a partilhar as expectativas sobre o que pretendem atingir ao participar no curso. Estas podem estar relacionadas, por exemplo, com conhecimentos pessoais, profissionais, metodológicos ou sociopsicológicos sobre o tópico da violência contra mulheres idosas no contexto da família. Pedir aos/às formandos/as para partilharem as suas expectativas sobre a formação. O que espera aprender sobre o assunto da violência contra mulheres idosas? Que informação seria útil no seu trabalho?

Pedir a cada participante para dizer uma expectativa. Recolher a informação no *flipchart*. Esta lista poderá depois ser revista no final do programa de formação, no sentido de verificar se os objectivos de aprendizagem dos/as formandos/as foram atingidos.

Passo 2

Analisar as expectativas recolhidas, agrupando, se possível, aquelas expectativas que são semelhantes debaixo de um título principal (a revisão e agrupamento das expectativas em categorias pode também ser efectuada durante o intervalo da sessão, por forma a tornar o exercício mais rápido).

No final desta tarefa, o/a formador/a / facilitador/a deverá assinalar, no resumo do material que será utilizado nos módulos da acção de formação, os pontos que coincidem com as expectativas dos/as formandos/as. Assinalar as expectativas que podem não ser atingidas durante a acção de formação. Se as expectativas não estão dentro do âmbito das actividades planeadas, isso deve ser discutido abertamente. Se possível, dar sugestões de outras formas para atingir essas expectativas. Fazer coincidir o conteúdo da acção de formação com as expectativas é uma forma de partilhar o conteúdo do programa de formação e de transmitir qual o conhecimento e o entendimento que o/a formador/a / facilitador/a gostaria que os/as formandos/as adquirissem.

Material didáctico

- *Flip-chart*
- Canetas

TÓPICO 4 REFLEXÃO PESSOAL SOBRE A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE CADA UMA/A COM A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS

Em resumo

Reflexão pessoal sobre as experiências de cada um/a relativamente à violência contra mulheres idosas num contexto profissional.

Objectivos de aprendizagem

- Apresentar o tópico em questão com base nas experiências dos/as formandos/as.
- Encorajar a auto-reflexão sobre as experiências profissionais e atitudes de cada um/a no que diz respeito à violência.
- Encorajar a tomada de consciência sobre as atitudes e crenças de cada um/a acerca das pessoas adultas idosas e da violência contra pessoas idosas e contra mulheres idosas em particular.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentar o exercício	5'
Partilha de experiências em pequenos grupos	10'
Discussão plenária (reunir os resultados no quadro ou no <i>flip-chart</i>)	15'

O/a formador/a explica como as experiências e crenças de cada pessoa influenciam o trabalho. A partilha de reflexões com outros membros do grupo pode ajudar a desenvolver estratégias mais efectivas para encontrar soluções para diferentes problemas, com o benefício adicional de se trabalhar em equipa. Estes são ingredientes importantes para uma tomada de decisões informada, para o desenvolvimento das competências da equipa, para uma adequada prestação de serviços e para uma comunicação efectiva com a equipa. Mas uma parte importante do processo que visa atingir a competência profissional é compreender como e porquê se fazem determinadas escolhas através da reflexão. Fazer uma pausa para reflectir sobre si próprio/a e sobre o seu trabalho dá-lhe a oportunidade de reconhecer forças e desafios e melhorar as suas competências.

Este exercício deverá ajudar os/as formandos/as a reflectir sobre como as suas experiências os/as afectam pessoalmente, bem como ao seu trabalho: esta pode ser a parte mais difícil da auto-reflexão. Através da auto-reflexão permitimo-nos perceber a nossa reacção pessoal (como uma situação profissional nos faz sentir) e a nossa acção profissional (como escolhemos responder a nível profissional através de acções e/ou palavras) como duas realidades autónomas, ao mesmo tempo que reconhecemos como se afectam mutuamente. Dado que a prestação de cuidados a mulheres idosas vítimas de violência é extremamente importante - e por vezes muito emocional - precisamos de estar conscientes do modo como as nossas perspectivas e atitudes pessoais influenciam o nosso trabalho.

Passo 1

É pedido aos/às formandos/as (em pequenos grupos de 3 pessoas ou em plenário, dependendo da avaliação feita pelo/a formador/a) que pensem de que forma as suas próprias experiências com a violência os/as afectam, bem como ao seu trabalho, e que contem “episódios” acerca das suas experiências profissionais. É-lhes pedido que pensem em exemplos da sua experiência de trabalho relativa à violência contra pessoas idosas e contra mulheres idosas em particular e que falem entre si acerca dessa experiência. Os pequenos grupos devem responder às perguntas: Como se sentiu nesta situação? Quais os desafios encontrados? O que fez?

Passo 2

Um/a representante de cada grupo é convidado/a a relatar as respostas do grupo às perguntas e o/a formador/a recolhe essas respostas no *flip-chart*.

Passo 3

Agora o grupo pode discutir as experiências à luz das perguntas acima referidas e o/a formador/a pode fazer uma primeira exposição sobre os temas base que serão focados no curso de formação. Os assuntos que aqui podem ser destacados são, designadamente, de que modo a violência é definida nos exemplos individuais ou quais as formas de violência abordadas. O/a formador/a pode também sublinhar quais dos assuntos mencionados serão tratados e em que módulos. Os assuntos que a seguir se mencionam e que serão tratados em maior detalhe nos próximos módulos, são exemplos de possíveis pontos de discussão:

Apesar de terem existido algumas mudanças, a formação tradicional para pessoas prestadoras de cuidados de saúde e profissionais de serviço social tem abordado com pouca frequência o problema da violência no contexto das famílias e os seus múltiplos efeitos na saúde. Consequentemente, as pessoas prestadoras de cuidados de saúde não têm, em muitos casos, a formação de que precisam para identificar ou responder de forma efectiva à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

As pessoas prestadoras de cuidados de saúde e os/as profissionais de serviço social podem desempenhar um papel significativo, não só na melhoria do estado de saúde das pessoas doentes, individualmente, mas também na erradicação da violência no contexto das famílias, através da participação numa resposta comunitária coordenada. A violência doméstica é um assunto de saúde pública e a sua erradicação requer os esforços de todas as instituições da comunidade num trabalho conjunto, no sentido de:

- aumentar a segurança das mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias;
- respeitar a autonomia das mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias;
- responsabilizar os/as agressores e não as mulheres idosas vítimas, pelo fim da violência.

Os principais pontos abordados nesta acção de formação são:

- historicamente, a violência contra mulheres idosas no contexto da família tem sido tratada como um problema entre uma agressora do sexo feminino e o pai ou a mãe idosos - frequentemente a mãe - num contexto de prestação de cuidados. Na realidade, há uma variedade de diferentes tipos de relações violentas que serão abordados nos módulos seguintes.
- muita da violência contra mulheres idosas ocorre “dentro de portas”, não estando por isso aberta ao escrutínio público.
- trata-se de um problema escondido que ainda é um tópico tabu.
- a “nomeação” é importante.
- a violência contra mulheres idosas pode assumir contornos ligeiramente diferentes da violência que afecta outros grupos. Há um conjunto de factores adicionais envolvidos na violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, por comparação com a violência contra pessoas idosas em geral ou com a violência contra mulheres mais jovens.

Qualquer pessoa idosa pode tornar-se vítima de violência. Homens e mulheres, independentemente do seu nível de rendimentos, do seu grupo cultural ou étnico, de serem pessoas saudáveis ou com incapacidades, podem ser violentados/as por alguém que lhes é próximo. Todavia, é geralmente reconhecido que os homens têm mais probabilidades de serem os agressores do que as mulheres e que as mulheres têm mais probabilidades de serem vítimas de violência do que os homens.

Se o/a formador/a considerar útil poderá recordar e utilizar os casos apresentados durante esta sessão, ao longo do programa de formação.

RECOMENDAÇÕES PARA LEITURAS ADICIONAIS

Council of Europe/ EG-VAW-DC (2008) Study. Administrative data collection on domestic violence in Council of Europe member states

[http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-DC\(2008\)Study_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-DC(2008)Study_en.pdf)

Good practices in legislation on violence against women, Expert group meeting, Escritório das Nações Unidas em Viena, Áustria 2008:

http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/vaw_legislation_2008.htm

http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/Final_Activity_Report.pdf

<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/UN%20Guidelines%20on%20legislation.pdf>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdullah, Mardziah Hayati. (1999) Problem-Based Learning in Language Instruction: A Constructivist Model. ERIC Digest.

Dorothy MacKeracher, Fredericton: The Third Age Centre, 1999. Abuse and Neglect of Older Adults: Awareness Information for People in the Workplace,

Alberta Ministry Responsible for Seniors. (1991) Looking to the Future for Seniors, Issue Paper 6, Elder Abuse and Neglect. Edmonton: Alberta Family and Social Services,.

Balkanska, P. (2003) Old Man as a Patient. Clinical Gerontopsychology, Bulvest 2000, Sofia, Bulgaria.

Balkanska, P. (2009), Psychological approaches to health management. Bulvest 2000, Sofia.

Boyack, Virginia. (1997) Golden Years — Hidden Fears: Elder Abuse, A Handbook for Front-line Helpers Working with Seniors. Calgary: Kerby Centre.

Breaking the Taboo II. (2010) – Developing and testing tools to Train-the-Trainer. Belgium.

British Columbia Office for Seniors. (1992) Connecting: A Handbook on Abuse of the Elderly. Victoria.

Buzan, Tony, Mind Mapping – Kick-start your creativity and transform your life, BBC Active

Grundlagen der Gruppendynamik. (2005) - Gedanken zur Gruppentherapie & Interventionstechniken. Junfermann Verlag, Paderborn, Berne Germany.

Council of Europe / EG-VAW-DC (2008) Study. Administrative data collection on domestic violence in Council of Europe member states.

Department of Health (DH) (2005): 83ff: Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals.

Domestic Abuse in Later Life, Copyright 2008 by the National Clearinghouse on Abuse in Later Life / Wisconsin Coalition Against Domestic Violence.

Elder Abuse Guidelines, National Private Duty Association, Indianapolis, 2004.

September 2008. Family Violence Prevention Fund. Final Activity Report, Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence. The Council of Europe. Strasbourg. Retrived from [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/EG-TFV\(2008\)6_complete%20text.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/EG-TFV(2008)6_complete%20text.pdf)

Fröschl / Löw, Gegen Gewalt an Frauen handeln (1996). Ausbildungskonzept für Trainerinnen, Vienna.

United Nations Office at Vienna, Austria (2008). Good practices in legislation on violence against women, Expert group meeting,

http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/vaw_legislation_2008.htm

Gender-based Violence Area of Responsibility Working Group, Australia, (July 2010). Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings
Centre, Virginia Boyack (1997). Handbook for Front-line Helpers Working with Seniors, Calgary: Kerby

Hoff, Lee Ann (1994). Violence Issues: An Interdisciplinary Curriculum Guide for Health Professionals. Ottawa: Mental Health Division, Health Services Directorate, Health, Canada.

Jordan, C.E. / Nietzel, M.T. / Walker, R. / Logan, T.K. (2004): Intimate Partner Violence: A Clinical Training Guide for Mental Health Professionals. New York.

Kristen, U. (2002), Praxisunterstützte Kommunikation. Eine Einführung. (4. Auflage), Düsseldorf.

Lankard, Bettina A. (1995) New Ways of Learning in the Workplace. ERIC Digest.

Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J. & Brown, P. (Ed.). (2008). Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Austrian Red Cross, Viena.

Naylor, Michele. (1997). Work-Based Learning. ERIC Digest.

Nikolkova, S. et al. (2007) , Psychiatry, Psychology and Psychotherapy, hip. ed. "Medicine", ed. Goreks-Press, Sofia.

Nursing response to elder mistreatment curriculum from the "International association of forensic nursing"
<http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=461>

Perttu, S. (2000): Vocation – specific Module for Medical Professionals. In: Sensitisation and Training of professionals on violence against women. Training Programme on Combating Violence Against Women. Published by Wave, Women Against Violence Europe. Vienna 2000.

PRO TRAIN Improving multi-professional and healthcare training in Europe — building on good practice in violence prevention (2007-2009)
<http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/Main/HomePage>

Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVA 2004.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>

Social and Health Care. Teachers against Violence. Teachers' Guidebook. University of Helsinki, Palmenia Centre for Continuing Education 2010.

WAVE Training programme on violence against women, Vienna 2000
<http://www.wave-network.org/images/doku/manual.pdf>

UNICEF Training of Trainers on Gender-Based Violence: Focusing on Sexual Abuse and Exploitation.
http://www.un.org/en/pseataaskforce/docs/unicef_training_of_trainers_on_sea_participant_manual.pdf

http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx

WHO (2002): World Report on Violence and Health, E. Krug, L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi and R. Lozano (eds), Geneva. Available from:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

WHO (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.

MÓDULO 2

Criando entendimentos partilhados sobre a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Porquê um enfoque específico nas mulheres idosas? Desconstrução dos estereótipos de género e idade	pág. 08	pág. 16	pág. 22
TÓPICO 2 Enquadramento da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	pág. 12	pág. 19	pág. 23
TÓPICO 3 Abordagem dos diferentes tipos de violência	pág. 14	pág. 20	pág. 25

Recomendações para leituras adicionais pág. 29

Referências bibliográficas pág. 31

INTRODUÇÃO

Em qualquer sociedade, as pessoas são educadas em contextos sociais e culturais específicos, os quais têm uma forte influência no(s) modo(s) como se comportam e interagem com as outras. Os valores de gênero, as relações de poder e as normas sociais desempenham um papel crucial no modo como apreendemos a realidade. Assim, com bastante frequência, os/as profissionais não se comportam nem reagem como deveriam, não porque não queiram, mas porque não “vêem” nem compreendem o que está em jogo, nem os problemas que enfrentam.

Este é o segundo módulo do programa de formação. Deverá, pois, desempenhar um papel crucial, permitindo aos/às formandos/as ter um olhar mais abrangente sobre as experiências de violência familiar de mulheres idosas, por forma a reconhecê-las/validá-las e a dar-lhes uma resposta adequada. Tem de ser um módulo “aha!”, que abra caminho para uma melhor compreensão e aquisição dos conteúdos e mensagens dos módulos seguintes.

Por isso, o seu conteúdo deve centrar-se em dois temas principais: (i) desconstrução das percepções individuais e sociais acerca da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias; e (ii) construção de um entendimento comum sobre o significado da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

A abordagem subjacente a todo o módulo é a de uma perspectiva específica de gênero sobre os direitos humanos (a chamada perspectiva dos direitos humanos das mulheres). Esta abordagem é baseada em documentos relevantes de política internacional (por exemplo, *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - CEDAW* [Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres]) e bibliografia relevante.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

No final deste módulo os/as formandos/as deverão ser capazes de:

- compreender as questões relacionadas com o gênero e a idade subjacentes à violência.
- identificar as diferentes definições de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, bem como os diferentes tipos de violência.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Porquê um enfoque específico nas mulheres idosas? Desconstrução dos estereótipos de gênero e idade	35'
Apresentação do módulo e do tópico	
Exercício 1 'Como serei aos 80 anos'	
Apresentação e discussão de dados comparativos sobre a situação de mulheres e homens (idosas/os)	
Conversa em torno de dois estereótipos: discriminação em função da idade e em função do gênero	
TÓPICO 2 Enquadramento da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	20'
Apresentação e discussão de várias definições de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	
TÓPICO 3 Abordagem dos diferentes tipos de violência	35'
Apresentação do tópico	
Exercício 2 'O que estamos a ouvir?'	
Apresentação e discussão de diferentes tipos de violência	



ENQUADRAMENTO

As sociedades europeias estão a ficar envelhecidas e, ao mesmo tempo, à medida que a população envelhece, fica cada vez mais feminizada. Em 2009 existiam quase 86 milhões de pessoas com 65 anos ou mais na UE27¹, 58% das quais eram mulheres; e a diferenciação demográfica em função do género aumenta à medida que a idade avança (66% das pessoas com 80 anos ou mais eram mulheres).

A esperança de vida é mais elevada para as mulheres do que para os homens mas as condições e a qualidade de vida das mulheres e dos homens idosos diferem significativamente. Em todos os países da UE há mais mulheres do que homens a sofrer de limitações nas suas actividades quotidianas devido a doenças ou problemas de saúde crónicos (de longa duração). As mulheres também têm mais probabilidades do que os homens de sofrerem de doenças ‘invisíveis’ ou de deficiências, que muitas vezes não são adequadamente reconhecidas pelo sistema de saúde, tais como depressão, distúrbios alimentares, deficiências relacionadas com acidentes domésticos e violência sexual ou doenças e deficiências relacionadas com a idade.

Mais ainda, a violência doméstica e outras formas de violência afectam particularmente as mulheres de todos os países, de todas as classes sociais e grupos etários. Os dados mostram que a violência de género é um fenómeno difundido, tal como a discriminação em função da idade. A discriminação e estigmatização em função da idade é qualquer “acção que coloca em desvantagem uma pessoa devido à sua idade ou com base em pressupostos, equívocos e estereótipos acerca da idade e capacidade”². O género e o envelhecimento são, assim, características chave que interagem como alicerces sociais para a desigualdade e a discriminação. A abordagem da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias apela a um entendimento sobre a interacção entre género e envelhecimento.

O envelhecimento, tal como o género, é uma construção social. As sociedades constroem diferentes expectativas sobre a idade de acordo com as normas socioculturais de género, valores e papéis. O envelhecimento é também um processo; compreende uma série de experiências, expectativas e ansiedades; pode envolver sentimentos de baixa auto-estima e, por vezes ou nalgumas situações, pode mesmo acabar numa dependência da prestação de cuidados da mulher idosa ou do seu parceiro, devido a doenças específicas e/ou incapacidades e a um estado de saúde fragilizado.

Na maioria das sociedades ocidentais, homens e mulheres enfrentam situações de discriminação devido à velhice; contudo, as circunstâncias em que os homens e as mulheres vivem o envelhecimento são diferentes, principalmente devido à forma como “as relações de género estruturaram o seu ciclo de vida, do nascimento à velhice, influenciando o respectivo acesso a recursos e oportunidades e moldando as escolhas de vida em cada etapa. Boa saúde, segurança económica e condições adequadas de habitação são requisitos essenciais para um envelhecimento com dignidade, mas as mulheres idosas, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, enfrentam dificuldades no acesso a estes requisitos numa base de igualdade com os homens”³.

Como resultado de relações de género desiguais, as mulheres idosas têm frequentemente menos instrução que os homens; têm percursos profissionais mais curtos ou menos qualificados, o que contribui para baixas pensões de reforma e, por vezes, para um bem-estar material mais precário. Esta situação socioeconómica da mulher idosa está fortemente marcada pela divisão de género relativamente ao trabalho - elas eram responsáveis pela prestação de cuidados aos seus filhos e filhas e pelo trabalho doméstico e aquelas que integravam o mercado de trabalho tinham frequentemente salários baixos ou empregos a tempo parcial. As mulheres que estão hoje em dia na velhice viviam, na maior parte dos casos, quase exclusivamente dedicadas aos outros e aprendiam a ignorar as suas próprias necessidades e ansiedades. Estas trajectórias podem certamente influenciar o modo como acedem a informação e a serviços e o(s) modo(s) como revelam as suas histórias e experiências de vida.



Contudo, persiste uma forte invisibilidade no que diz respeito aos dados e à pesquisa sobre as mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias. Como referido por uma profissional de serviço social de um Centro de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, “as estatísticas não mostram o país real em que vivemos, está tudo muito camuflado... em todos os tipos de vitimização mas especialmente em relação às pessoas idosas”⁶.

É um facto que a maioria das mulheres que são vítimas de violência perpetrada por membros da família sofrem violência física assim como de múltiplas formas de violência não física, que vão desde a privação de bens materiais, controlo financeiro e reclusão até a imposição de regras sobre a forma como devem desempenhar as suas actividades diárias. Estas, em particular, podem moldar o contexto de vitimação vivida nos dias de hoje pelas mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias.

As mulheres idosas foram socializadas para serem pessoas prestadoras de cuidados, para serem dependentes, a nível material, dos seus parceiros do sexo masculino e para estruturarem o seu quotidiano, ao longo do ciclo de vida, em função das necessidades familiares.

A maioria das mulheres idosas, apesar de não aceitar a violência familiar, acaba por viver num ambiente violento num ‘estado de imobilidade’, muitas vezes com uma forte adesão às normas sociais e papéis adstritos ao seu género (assim como às normas sociais e papéis relacionados com o outro género).

Se o agressor é o parceiro, é frequente que as mulheres idosas tenham sido vítimas de violência durante toda a sua vida adulta. Em muitos destes casos, as mulheres experienciaram violência física sobretudo na juventude; mas o que é normalmente consistente ao longo das suas vidas é a violência verbal e psicológica.

Apesar de existir alguma pesquisa que mostra que os/as profissionais, nomeadamente do sector da prestação de cuidados de saúde, consideram a violência doméstica um problema público sério, eles/as ainda partilham crenças que legitimam algumas atitudes abusivas e violentas; e essa legitimação interfere com a resposta profissional às situações de violência doméstica. Embora estas situações tenham sido detectadas particularmente entre forças policiais, alguns/mas profissionais de outros contextos profissionais não agiram correctamente relativamente ao reconhecimento e à actuação em situações de violência doméstica, sobretudo devido a essas crenças, tanto em relação às vítimas como aos/às agressores/as, dando valor ao contexto privado da família.

Na realidade, em pesquisas recentes levadas a cabo em Portugal relativamente à violência contra mulheres idosas em relações de intimidade, os/as profissionais expressaram frequentemente dúvidas quanto à sua atitude relativamente aos agressores idosos do sexo masculino. Nalguns casos as respostas adequadas às vítimas idosas do sexo feminino podem ser questionadas. Um exemplo paradigmático desta situação pode ser encontrado nas palavras de uma profissional de serviço social, quando diz: “Acima de tudo, são meros casos sociais. Eu excludo muitas vezes a parte legal porque, faz algum sentido mandar um indivíduo de 76 anos para a prisão ou aplicar medidas de coacção a este homem? Um indivíduo que já não consegue andar sem ajuda ou tomar banho sozinho, faz algum sentido castigá-lo agora ou mandá-lo para a rua? Quem tomaria conta dele? Encaro muito melhor uma atitude de serviços comunitários, em termos sociais, ou serviços médicos, para apoio e protecção a este casal, para que possam continuar a viver juntos, com todo o acompanhamento e protecção necessários para eliminar gradualmente o comportamento violento, do que colocar este homem na prisão”⁷.

As diferentes perspectivas pessoais dos/as profissionais que trabalham em serviços que vão desde centros de atendimento e apoio na área da violência doméstica a serviços sociais públicos e a serviços de apoio a pessoas idosas, acerca das causas e motivos mais comuns subjacentes à violência e abuso podem, e muitas vezes moldam de facto, as diferentes abordagens profissionais ao problema. É relativamente comum encontrar mulheres idosas (e profissionais) que pensam que o consumo de álcool e drogas do parceiro do



sexo masculino é a principal razão para a violência a que estão sujeitas; isto conduz frequentemente a uma desresponsabilização dos agressores e à crença de que se os agressores forem tratados relativamente àquelas dependências, a violência acaba.

Outra perspectiva diz respeito aos sistemas familiares e sociais: a pobreza, o baixo nível de instrução e uma integração profissional fraca/precária podem conduzir a carências sociais bem como a uma transmissão intergeracional do comportamento violento. Esta perspectiva tende a enfatizar a esfera privada da família, negligenciando as influências sociais, culturais e de género.

As perspectivas relevantes no que diz respeito a este programa de formação são (i) a perspectiva de género e (ii) a perspectiva multidimensional. A perspectiva de género vê a violência contra mulheres idosas como um produto sociocultural, chamando a atenção para a acumulação de desvantagens ao longo da vida pelo facto de se ser mulher. A perspectiva multidimensional tem em consideração a trajetória pessoal (por exemplo, experiências anteriores de contextos familiares marcados pela violência), a inexistência de soluções adequadas para mulheres idosas vítimas de violência (no presente, mas sobretudo no passado, a inexistência de soluções que possam fornecer caminhos de vida alternativos), a construção de identidades de género e as relações de poder, activas social e culturalmente.

Não deve ser esquecido que as mulheres idosas vítimas de violência são 'mulheres'. A sua idade pode não ser a razão principal para a violência de que são vítimas. Muitas vezes, o/a agressor/a é a pessoa que lhe está mais próxima (o companheiro, o filho, a filha...) e, por vezes, a pessoa que lhe presta cuidados. A violência contra mulheres idosas no contexto das famílias pode, assim, ser uma realidade complexa onde género e idade estão interligados.

A violência contra mulheres idosas no contexto das famílias é um tabu porque o seu enfoque reside em temas sociais sensíveis, nomeadamente, a violência na velhice, a violência no contexto das famílias, a violência em relações de prestação de cuidados e a violência de género. Centra-se na discriminação em função da idade e do género nas sociedades europeias modernas. Em tal contexto, reagir contra a violência de forma a quebrar o ciclo exige uma força que não se encontra facilmente na maioria das mulheres idosas; serem capazes de reconhecer o seu direito à dignidade e fazerem algo por si próprias é um processo que luta contra diversos constrangimentos, sobretudo para mulheres que não são - nem nunca foram - totalmente conscientes dos seus direitos humanos. Quebrar o tabu da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias trará para a luz uma realidade bastante desconhecida e raramente tratada.



TÓPICO 1 PORQUÊ UM ENFOQUE ESPECÍFICO NAS MULHERES IDOSAS? DESCONSTRUÇÃO DOS ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO E IDADE

Quando estamos a iniciar um programa de formação sobre 'violência contra mulheres idosas no contexto das famílias' uma das perguntas mais comuns é: 'porquê um enfoque específico nas mulheres idosas'? Muitas vezes tende a pensar-se que o ponto-chave deste tipo de programas de formação deve ser a violência vivida por pessoas idosas. Contudo, é nosso entendimento que a violência contra pessoas idosas está marcada pelo género. Este tópico dará visibilidade ao contexto estrutural global, no qual a violência ocorre frequentemente, e ilustrará o impacto combinado da discriminação em função do género e da idade.

Especialmente durante as últimas três décadas, organizações internacionais como as Nações Unidas e o Conselho da Europa têm centrado a sua actuação nas desigualdades de género ou nas desigualdades entre mulheres e homens. As desigualdades de género, em conjunto com as atitudes socioculturais discriminatórias, desempenham um papel importante no desempoderamento das mulheres, votando-as a papéis secundários na sociedade.

Os dados que se seguem apresentam diferenças entre homens e mulheres. O principal objectivo da apresentação destes dados é mostrar que as mulheres e os homens idosos não têm, muitas vezes, as mesmas condições de vida.

Formas de organização familiar

Na UE-25, em 2007, 42,1% das mulheres com 65 anos ou mais viviam sozinhas, o que compara com 19,5% dos homens no mesmo grupo etário; adicionalmente, 60,5% dos homens idosos viviam com apenas uma pessoa, assim como 37,3% das mulheres idosas⁸. Em Portugal, em 2005, 21,1% das mulheres com idade entre os 65 e os 74 anos viviam sozinhas face a 7,3% dos homens no mesmo grupo etário⁹.

Existem mais mulheres do que homens com 75 anos ou mais a viver com os/as seus/suas filhos/as; este número é particularmente elevado em países como a Estónia, Letónia, Polónia e Eslováquia, sendo baixo em países como a Dinamarca, França e Holanda¹⁰. Em Portugal, a diferença não é muito significativa: 29% das mulheres com 75 ou mais anos vive com os/as seus/suas filhos/as face a 23% dos homens no mesmo grupo etário¹¹.

Saúde

Globalmente, na UE-25 em 2006, os homens tinham, em média, uma esperança de 61,6 anos de vida saudável, enquanto que as mulheres tinham uma esperança média de vida saudável de 62,1; para Portugal essa esperança média de vida saudável era, em 2007, de 58,3 anos para os homens e 57,3 anos para as mulheres¹². No entanto, considerando a maior esperança média de vida das mulheres¹³, estas vivem mais anos com incapacidades do que os homens¹⁴.

Entre os 65-74 anos de idade, a maioria das mulheres na União Europeia tinha a percepção de que o seu estado de saúde era bom ou razoável, mas entre os 75-84 anos de idade, a maioria tinha a percepção de que era razoável ou mau. Porém, em Portugal, mais de metade das mulheres com 65 ou mais anos tinha a percepção de que o seu estado de saúde era mau (entre os 65-74 anos: 53%; 75-84 anos: 55%; 85 ou mais anos: 56%)¹⁵.

Na maioria dos países, existem mais mulheres do que homens que relatam ter uma doença ou problema de saúde de longa duração (por exemplo, na Polónia, 94% das mulheres e 84% dos homens enquanto que na Bélgica este facto é relatado por 37% das mulheres e 39% dos homens)¹⁶.

Foram encontradas diferenças significativas de género na incidência de Alzheimer após os 85 anos de idade: existia um risco mais elevado de Alzheimer em mulheres do que em homens idosos (aos 90 anos de idade a taxa de Alzheimer entre as mulheres era de 81,7 contra 24,0 nos homens)¹⁷.



Na UE, os 20% de pessoas que auferem rendimentos mais elevados, com 65 anos de idade ou mais, tinham um nível médio de rendimento disponível, em 2005, que era quatro vezes maior do que o dos 20% com rendimentos mais baixos: 3,9 para as mulheres e 4,1 para os homens. Em Portugal, a situação é distinta uma vez que é mais elevada do que a média europeia e afecta ligeiramente mais os homens do que as mulheres (H: 7; M: 6)²⁵.

Em 2009, a taxa de risco de pobreza após transferências sociais para as mulheres europeias com 65 anos ou mais é de 20,1%, isto é, 5,2 pontos mais elevada do que para os homens (ver gráfico *taxa de risco de pobreza após transferências sociais para as pessoas idosas nos estados membros da UE, 2005*, no slide 26)²⁶.

Usos do tempo

Mulheres e homens com 65 ou mais anos destinam aproximadamente o mesmo tempo por dia - cerca de 12,5 horas em média - para os cuidados pessoais (sobretudo dormir e comer) ou sensivelmente mais de metade do seu tempo. As mulheres, contudo, gastam muito mais tempo que os homens em tarefas domésticas (cerca de 1 hora e 40 minutos mais, em média), enquanto que os homens gastam mais tempo que as mulheres em actividades de lazer (em média, as mulheres, nos países abrangidos, gastam cerca de seis horas por dia nestas actividades, o que compara com sete horas gastas pelos homens)²⁷.

“É importante combater os estereótipos de género fortemente enraizados, que moldam o papel das mulheres e dos homens na sociedade e influenciam o desequilíbrio de género no trabalho remunerado e não remunerado. A partilha desigual de responsabilidades familiares pode induzir a mulher, mais do que o homem, a optar por uma situação de trabalho flexível e a interromper a sua carreira, o que pode, desta forma, resultar num impacto negativo no seu desenvolvimento profissional, rendimentos, pensão de reforma e na sua independência económica”²⁸.

Discriminação em função da idade e do género

Todos/as nascemos ou homens ou mulheres. E todos/as envelhecemos à medida que o tempo vai passando. Contudo, o que temos vindo a discutir é o modo como o género ou a idade de uma pessoa pode funcionar como uma base para a desigualdade e a discriminação. A nossa imagem mental de uma mulher idosa é muitas vezes baseada em estereótipos de género e idade; materializa-se nalgumas características como, por exemplo, numa figura frágil, muito idosa, só, pobre, incapaz de fazer valer os seus direitos, dependente, fraca, indefesa.

Todos/as somos influenciados/as por estereótipos; temos tendência para utilizar categorias sociais para processar a informação acerca dos outros, para entender e / ou gerir as situações e as pessoas. Ao fazer isto estamos a estereotipar as pessoas. Este ‘recurso psicológico’ nem sempre é consciente; de facto, produz e reproduz frequentemente efeitos poderosos a um nível inconsciente, guiando o nosso comportamento em relação às pessoas e às situações.

Os estereótipos são concepções estandardizadas e simplificadas de pessoas ou grupos, baseadas em determinados pressupostos.

As percepções culturais e sociais enraizadas acerca da idade e género influenciam a forma como olhamos e agimos em relação à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Os estereótipos podem assim estruturar as atitudes e práticas dos/as profissionais que apoiam mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias. A tomada de consciência, por parte dos/as profissionais, dos seus próprios estereótipos quanto ao género e à idade é um passo crucial para a sua desconstrução e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade e adequação dos serviços de prestação de cuidados de saúde e sociais.



TÓPICO 2 ENQUADRAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS

Existem várias definições relativamente ao tópico da violência contra mulheres idosas, tais como:

- Violência doméstica
- Violência contra mulheres
- Violência de género
- Violência nas relações de intimidade
- Violência contra pessoas idosas
- Violência em relações de prestação de cuidados

É importante clarificar as várias definições e olhá-las mais detalhadamente:

Violência doméstica (VD)

“VD é a violência que ocorre na esfera privada, geralmente entre pessoas que têm relações familiares ou de intimidade; (...) A VD pode assumir diferentes formas, incluindo a violência física, psicológica e sexual; (...) A VD pode incluir privação económica e isolamento e tal conduta pode provocar danos à segurança, saúde ou bem-estar da mulher”³².

AVD “é a forma de violência mais comum contra as mulheres. (...) é a violência que ocorre na unidade familiar ou doméstica, incluindo, entre outras, agressões/maus-tratos físicos, agressões/violência mental, emocional e psicológica; violação e abuso sexual entre cônjuges, parceiros regulares ou ocasionais e coabitantes”³³.

O enfoque é dado ao relacionamento específico entre vítima e agressor/a e/ou ao contexto específico onde a violência ocorre. Esta ainda é a definição mais utilizada para fins políticos e legislativos, tanto a nível nacional como internacional.

Violência de género

“A violência de género reflecte e reforça as desigualdades entre homens e mulheres e compromete a saúde, dignidade, segurança e autonomia das suas vítimas. Engloba um vasto leque de violações dos direitos humanos, incluindo o abuso sexual de crianças, a violação, a violência doméstica, o assédio e agressões sexuais, o tráfico de mulheres e raparigas e diversas práticas tradicionais nocivas. Qualquer uma destas formas de violência pode deixar profundas cicatrizes psicológicas, prejudica a saúde de mulheres e raparigas em geral, incluindo a sua saúde sexual e reprodutiva e, nalguns casos, resulta em morte. (...) A violência de género também contribui - quer intencionalmente, quer como efeito - para perpetuar o poder e controlo do sexo masculino. É apoiada numa cultura de silêncio e negação da gravidade das consequências da violência para a saúde”³⁴.

Aqui, o enfoque é dado à violência que resulta do desequilíbrio de poder entre homens e mulheres.

Violência contra mulheres

“Qualquer acto de violência de género que resulta, ou é provável que resulte, em danos físicos, sexuais ou psicológicos ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças de tais actos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra em público ou na vida privada”³⁵.

Dado que as mulheres são fortemente afectadas pela violência de género, o enfoque é dado às mulheres como vítimas, independentemente do contexto espacial ou de relações em que a violência ocorra.

Violência nas relações de intimidade

“Comportamento no contexto de uma relação de intimidade que provoca danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo actos de agressão física, coerção sexual, violência psicológica e comportamentos controladores. Abrange a violência infligida por cônjuges e parceiros, tanto actuais como passados”³⁶.



Aqui, o enfoque é dado à natureza da relação entre vítima e agressor/a.

Violência em relações de prestação de cuidados

Os problemas de saúde e dependência da prestação de cuidados desempenham um papel fundamental nos casos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, já que podem aumentar a vulnerabilidade, reduzir as oportunidades de lidar com o problema e as opções para a procura de ajuda. Apesar da cautela que deve existir na atribuição das razões da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias à pressão e sobrecarga sentidas pelas pessoas prestadoras de cuidados, estes factores não devem ser subestimados.

“Pessoas bem-intencionadas com responsabilidades de prestação de cuidados perdem o controlo quando estão sujeitas às pressões específicas resultantes de prestar cuidados a uma pessoa idosa. A perda de controlo pode resultar num comportamento violento em relação à mulher idosa. A sensação de frustração e a crescente pressão associada a tal prestação de cuidados pode desencadear episódios violentos nas pessoas idosas”³⁷.

“Ocorre sobretudo em relações onde há uma forte expectativa de confiança combinada com uma dependência relacionada com o estado de saúde”³⁸.

E nas relações de prestação de cuidados, a violência pode ser causada intencionalmente pelo/a agressor/a em relação à mulher idosa (por exemplo, esbofetear) ou despoletada sem intenção pela sobrecarga da prestação de cuidados a outrem (por exemplo, a insistência em dar uma quantidade de alimento que a pessoa prestadora de cuidados considera ser a apropriada).

“Alguns actos de violência são intencionalmente levados a cabo pelo/a agressor/a. Outros não são intencionais e por vezes nem são sentidos como sendo violentos pelo/a familiar que está a tentar prestar os melhores cuidados possíveis ao/à seu/sua parente”³⁹.

Aqui, o enfoque é dado às relações de dependência de prestação de cuidados.

Violência contra pessoas idosas

“Actos isolados ou repetidos, ou falta de acção apropriada, que ocorra no contexto de qualquer relação em que existe uma expectativa de confiança, causando danos ou angústia a uma pessoa idosa”⁴⁰.

“Violência contra pessoas idosas é um termo que se refere a qualquer acto conhecido, intencional ou negligente praticado pela pessoa prestadora de cuidados ou por qualquer outra pessoa, que provoque danos ou um sério risco de danos a um adulto vulnerável”⁴¹.

Aqui, o enfoque é dado à idade da vítima.



TÓPICO 3 ABORDAGEM DOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIA

A violência contra mulheres idosas no contexto das famílias pode ser perpetrada de diferentes maneiras. Neste tópico serão abordados os diferentes tipos de violência, como a violência física, verbal, psicológica, emocional, a exploração financeira, a violência sexual e a negligência.

É importante ter em conta que todos os tipos de violência contra mulheres idosas estão relacionados com estruturas e relações de poder marcadas pelo género. Por exemplo, o abuso sexual afecta mais frequentemente as mulheres do que os homens e é por isso, claramente, um tipo de violência de género. Há dinâmicas de género na violência no contexto das famílias e nas relações de prestação de cuidados. A violência de género é um fenómeno de natureza estrutural, muitas vezes dirigido às mulheres. Tais padrões estruturais e culturais de desigualdade contribuem para o facto de as mulheres serem mais frequentemente vítimas de violência doméstica do que os homens.

A **violência física** refere-se às acções levadas a cabo com a intenção de causar dor ou lesões físicas. A violência física centra-se em infligir, ou tentar infligir, dor ou lesões físicas numa pessoa idosa vulnerável, ou em privá-la de uma necessidade básica. Inclui:

- bater, dar pancadas, prender, pontapear ou socar, esbofetear, bater com um objecto;
- puxar os cabelos, queimar, beliscar, aplicar choques eléctricos, cuspir, atirar pela janela ou pelas escadas;
- infligir dor ou lesões, coagir fisicamente ou restringir por meio de drogas, administrando demasiada medicação tranquilizante ou neuroléptica;
- sequestrar, evitar a fuga;
- bater com a cabeça da mulher contra uma parede, rasgar as roupas, asfixiar, segurar a cabeça debaixo de água;
- estrangular, dar um tiro com uma arma, apunhalar, matá-la.

A **violência psicológica ou emocional** refere-se às acções ou palavras que são ofensivas, que reprovam intencionalmente as opiniões, valores e acções da mulher e que atacam a sua integridade psíquica. Inclui todas as acções levadas a cabo com a intenção de causar dor emocional, angústia ou desespero. Consiste em:

- violência verbal - não tem a ver com as discussões entre cônjuges; expressa sim uma relação desigual. Pode acontecer independentemente do tom de voz usado e tem claramente a intenção de exercer controlo sobre a vítima. Inclui: gritar; usar um tom ríspido; usar um modo autoritário para fazer uma pergunta ou para dar uma ordem; interromper constantemente ou conduzir a conversa; culpar o outro por tudo; permanecer em silêncio ou ignorar o outro;
- fazer comentários perturbadores, criticar conscientemente os seus pensamentos ou acções;
- o comportamento do/a agressor/a ser como o de alguém que sabe tudo e dita o que fazer;
- chantagear e ameaçar;
- infligir sofrimento mental, angústia ou desespero através de actos verbais ou não verbais;
- retaliar, levar ao suicídio, violar.

A **exploração financeira** é muitas vezes usada como um meio para controlar permanentemente a mulher e está frequentemente associada a outros comportamentos violentos. No que diz respeito às mulheres idosas (ou às mulheres que não têm um trabalho remunerado), a exploração financeira pode estar relacionada com:

- o impedimento de terem acesso ao seu próprio dinheiro ou ao dinheiro do casal;
- o impedimento de terem um livro de cheques ou um cartão de crédito;
- uma escassa atribuição de dinheiro para a gestão doméstica e a verificação de todas as despesas feitas;
- o apoderamento ilegal, o uso indevido ou a ocultação de fundos, imóveis ou bens de uma mulher idosa.

A **violência sexual** abrange todos os tipos de contacto sexual não consentido e os actos sexuais não consentidos. O contacto sexual com qualquer pessoa incapaz de dar o seu consentimento também é considerado como um abuso sexual. O abuso sexual ocorre frequentemente em circunstâncias que ocultam o



carácter violento e abusivo da acção. É uma concepção errada comum pensar-se que as mulheres idosas não podem ser abusadas sexualmente; a violência sexual pode ainda acontecer na velhice (muitas vezes depois de ter ocorrido durante toda a vida da mulher) e inclui:

- ser forçada a não ter satisfação sexual ou a ter vida sexual;
- ser forçada a envolver-se em actos sexuais contra a sua vontade;
- actos de agressão sexual;
- ser insultada, humilhada ou brutalizada durante o acto sexual;
- ser levada à força, ser amarrada à força durante o acto sexual;
- ser penetrada à força no ânus, ser penetrada com um objecto à força;
- ser violada depois de ter sido espancada ou insultada;
- ser forçada a representar em fantasias sexuais do cônjuge;
- ser obrigada a reproduzir pornografia;
- ser “emprestada” a um amigo para actos sexuais.

A **negligência** reflecte o fracasso de uma dada pessoa prestadora de cuidados em ir ao encontro das necessidades de uma mulher idosa dependente. A negligência é definida como o fracasso daqueles que são responsáveis por providenciar comida, abrigo, cuidados de saúde ou protecção e também apoio emocional a uma pessoa idosa vulnerável. A transição para diferentes graus de abandono nem sempre é fácil de definir.

A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente e intencional de infligir sofrimento emocional na mulher idosa. Pode incluir uma situação de abandono entendida como a deserção de alguém que assumiu a responsabilidade da prestação de cuidados ou a guarda de uma pessoa idosa dependente dessa prestação de cuidados⁴².

“Refere-se à privação de comida, roupa, conforto ou medicação (...). A negligência ou violência relativamente a pessoas idosas surge, na maioria dos casos, em pessoas que conhecem ou com quem têm um relacionamento em que existe um sentimento de confiança. Podem ser membros da família, amigos/as, profissionais de saúde ou pessoas pagas para prestarem cuidados de saúde”⁴³.

O principal objectivo da apresentação destes dados é mostrar que as mulheres e os homens idosas/os não têm, muitas vezes, as mesmas condições de vida. Deve prestar-se especial atenção aos *slides* de resumo em *powerpoint* que concluem determinado conjunto de dados. Distribuir aos/às formandos/as o texto de apoio 1.

Dependendo da distribuição / disponibilidade de tempo, o/a formador/a pode adicionar informação acerca de dois estereótipos: discriminação em função da idade e do género (que demorará cerca de 15') e o impacto que a utilização desses estereótipos tem nas percepções de cada um; ou pode falar destes assuntos em alternativa aos dados e compará-los com o que os/as formandos/as mencionaram no exercício anterior.

De modo a introduzir o *slide* 30 (se tiver tempo ou optar pela discussão sobre os estereótipos), o/a formador/a deve perguntar: De que forma vê uma mulher idosa? Assim (descrição apontada no *flip-chart* com base nas respostas dadas pelos/as formandos/as no exercício 1) ou assim (mostrar fotografia do *slide* 30)?

O/a formador/a deve regressar à descrição estereotipada da mulher idosa feita anteriormente e ler as seguintes definições:

Discriminação em função da idade: “Acção que coloca em desvantagem uma pessoa devido à sua idade ou com base em pressupostos, equívocos e estereótipos acerca da idade e capacidade, prejudicando a devida consideração dos seus talentos, competências, potencial e experiência. Pode ser usada em detrimento de uma pessoa de qualquer idade”⁴⁵.

Discriminação em função do género: “a presença da negação e recusa em enfrentar atitudes, comportamentos, linguagem e estruturas que são ofensivas para as mulheres e que mantêm os privilégios masculinos”⁴⁶.

E, finalmente, a interacção entre a discriminação em função da idade e a discriminação em função do género “refere-se especificamente à privação das mulheres idosas de uma plena inclusão e participação nos assuntos sociais, económicos, culturais e políticos devido ao facto de serem mulheres e idosas. Nalguns países a incidência da negligência, abuso e violência contra mulheres idosas é muito comum”⁴⁷.

Material didáctico

- *Flip-chart*
- Marcadores
- *Slides*

TÓPICO 2 ENQUADRAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as aprendem diferentes conceitos e definições relativamente à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, os quais serão depois discutidos detalhadamente em plenário.

Objectivos de aprendizagem

- Mostrar aos/as formandos/as que já têm bastantes conhecimentos acerca das definições 'teóricas' relacionadas com a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias;
- Realçar a importância das experiências e do conhecimento prático de cada um/a dos/as formandos/as;
- Apresentar as diferentes definições de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação e discussão de várias definições de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias (Slides 33-41)	20'

Existem várias definições relativamente ao tópico da violência contra mulheres idosas, tais como:

- Violência doméstica
- Violência contra mulheres
- Violência de género
- Violência nas relações de intimidade
- Violência contra pessoas idosas
- Violência em relações de prestação de cuidados

Um primeiro passo importante é apresentar e clarificar as várias definições, mostrando aos/as formandos/as a relevância de cada uma. É também importante incluir as experiências dos/as formandos/as e compreender o enquadramento conceptual ao apresentar os diferentes conceitos relacionados com a violência contra mulheres idosas.

O/a formador/a deve, em 20', apresentar os *slides* de *powerpoint* com as diferentes definições de violência e discutir com o grupo os enfoques subjacentes, tendo em consideração as situações relatadas pelos/as formandos/as.

No final da sessão, será entregue aos/as formandos/as o texto de apoio 2.

Material didáctico

- *Flip-chart*
- Marcadores

TÓPICO 3 ABORDAGEM DOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIA

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as aprendem, através de um exercício interactivo, quais são os diferentes tipos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Objectivos de aprendizagem

- Mostrar aos/às formandos/as que já têm bastantes conhecimentos acerca dos diferentes tipos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias;
- Observar as percepções dos/as formandos/as;
- Apresentar aos/às formandos/as os diferentes tipos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Métodos e distribuição de tempos

Apresentação do tópico (slides 42-43)	5'
Apresentar o exercício “O que estamos a ouvir...?” e os respectivos objectivos (slide 44)	1'
Audição das histórias	7'
Discussão plenária (reunir os resultados e feedback no flip-chart)	7'
Apresentação e discussão de diferentes tipos de violência (Slides 45-50)	15'

O/a formador/a deve começar por apresentar o tópico (5'). Seguidamente, o/a formador/a desenvolve o exercício 2 “O que estamos a ouvir?” (15'). Os/as formandos/as terão a oportunidade de ‘nomear’ e enquadrar as suas percepções e experiências anteriores através da apresentação de conceitos/definições. É importante incluir as experiências dos/as formandos/as ao explicar os diferentes tipos de violência contra mulheres idosas. E importa considerar que raramente se encontra situações onde se encontra patente um único tipo de violência mas antes uma combinação múltipla de vários tipos de violência.

O/a formador/a apresenta aos/às formandos/as os objectivos de aprendizagem do exercício. O/a formador/a distribui a cada formando/a dois pequenos pedaços de papel de cores diferentes (por exemplo, amarelo para *não* e azul para *sim*).

Será então apresentada uma gravação áudio aos/às formandos/as. Ser-lhes-á pedido que escutem atentamente.

A gravação contém duas ‘histórias’:

- uma sobre violência em relações de intimidade - ouvimos a voz de um homem dizer: onde estiveste? Porque estiveste fora tanto tempo? O que estiveste a fazer? Com quem estiveste? Porque compraste tantas mercearias? Quanto dinheiro gastaste? (a voz começa a aumentar de tom) Quero ver a conta do supermercado! Onde é que arranjaste tanto dinheiro? Porque é que não me respondes? Estás surda? (E acaba com o som de uma estalada);
- a outra gravação está relacionada com a negligência - a voz de uma mulher jovem a falar para alguém como se fosse uma criança: então passaste o dia todo a ver televisão e sem fazer nada e não pudeste ir à casa de banho? Não conseguiste arranjar tempo ou energia para ires até lá? A mulher idosa responde - Eu chamei-te mas estiveste fora toda a tarde e não estava cá mais ninguém para me levar à casa de banho. (a voz da mulher jovem começa a aumentar de tom) E tu mijaste no sofá, não foi? Que pivete!! Agora vais ficar aqui, molhada e a cheirar mal, durante o resto da noite, até que as pessoas do apoio domiciliário te limpem, de manhã, minha estúpida!



TEXTO DE APOIO 1

PORQUÊ UM ENFOQUE NAS MULHERES IDOSAS? ALGUNS ARGUMENTOS

Formas de organização familiar

- Existem mais mulheres a viver sozinhas do que homens.
- Existem mais mulheres idosas do que homens a partilhar a casa com outras pessoas que não sejam o/a seu/sua cônjuge / parceiro/a (especialmente com os/as seus/suas filhos/as).

Saúde

- As mulheres vivem mais tempo do que os homens mas vivem mais anos com incapacidades do que os homens.
- À medida que vão envelhecendo, as mulheres percebem o seu estado de saúde como estando a deteriorar-se.
- Mais mulheres do que homens entre os 65-74 anos de idade relataram ter doenças ou problemas de saúde de longa duração.
- As mulheres têm um risco mais elevado de contrair Alzheimer; aos 90 anos de idade, a taxa entre as mulheres é de 81,7 contra 24,0 nos homens.
- E com o crescente número de mulheres idosas, o risco de doenças crónicas está a aumentar (nomeadamente, diabetes e doenças mentais).

Mulheres e emprego

- Existem menos mulheres (entre os 20-64 anos de idade) empregadas do que homens.
- Há um impacto negativo da maternidade e um impacto positivo da paternidade na taxa de emprego de mulheres e homens (entre os 25-49 anos de idade).
- A falta de serviços de apoio à infância e a outras pessoas em situação de dependência contribui para uma ausência do mercado de trabalho e o trabalho a tempo parcial de 27,9% das mulheres com responsabilidades de prestação de cuidados.

Emprego e rendimentos

- Cerca de um terço das mulheres europeias com idades entre os 55-64 anos estão empregadas.
- As mulheres com níveis de educação mais elevados tendem a trabalhar até idades mais avançadas com maior frequência do que as mulheres com um nível de educação médio ou baixo.
- As mulheres têm tendência para abandonar o mercado de trabalho mais cedo do que os homens.
- Na UE, as pessoas com 65 anos ou mais, que se encontravam entre os 20% com rendimentos mais elevados, tinham um nível médio de rendimento disponível quatro vezes maior dos que os 20% com rendimentos mais baixos.
- Para as mulheres idosas, o risco de pobreza após transferências sociais é de 20,1%, por comparação com 14,9% para os homens idosos.



TEXTO DE APOIO 3

TIPOS DE VIOLÊNCIA

A **violência física** refere-se às acções levadas a cabo com a intenção de causar dor ou lesões físicas. A violência física centra-se em infligir, ou tentar infligir, dor ou lesões físicas numa pessoa idosa vulnerável, ou em privá-la de uma necessidade básica. Inclui:

- bater, dar pancadas, prender, pontapear ou socar, esbofetear, bater com um objecto;
- puxar os cabelos, queimar, beliscar, aplicar choques eléctricos, cuspir, atirar pela janela ou pelas escadas;
- infligir dor ou lesões, coagir fisicamente ou restringir por meio de drogas, administrando demasiada medicação tranquilizante ou neuroléptica;
- sequestrar, evitar a fuga;
- bater com a cabeça da mulher contra uma parede, rasgar as roupas, asfixiar, segurar a cabeça debaixo de água;
- estrangular, dar um tiro com uma arma, apunhalar, matá-la.

A **violência psicológica ou emocional** refere-se às acções ou palavras que são ofensivas, que reprovam intencionalmente as opiniões, valores e acções da mulher e que atacam a sua integridade psíquica. Inclui todas as acções levadas a cabo com a intenção de causar dor emocional, angústia ou desespero. Consiste em:

- violência verbal - não tem a ver com as discussões entre cônjuges; expressa sim uma relação desigual. Pode acontecer independentemente do tom de voz usado e tem claramente a intenção de exercer controlo sobre a vítima. Inclui: gritar; usar um tom ríspido; usar um modo autoritário para fazer uma pergunta ou para dar uma ordem; interromper constantemente ou conduzir a conversa; culpar o outro por tudo; permanecer em silêncio ou ignorar o outro;
- fazer comentários perturbadores, criticar conscientemente os seus pensamentos ou acções;
- o comportamento do/a agressor/a ser como o de alguém que sabe tudo e dita o que fazer;
- chantagear e ameaçar:
- infligir sofrimento mental, angústia ou desespero através de actos verbais ou não verbais;
- retaliar, levar ao suicídio, violar.

A **exploração financeira** é muitas vezes usada como um meio para controlar permanentemente a mulher e está frequentemente associada a outros comportamentos violentos. No que diz respeito às mulheres idosas (ou às mulheres que não têm um trabalho remunerado), a exploração financeira pode estar relacionada com:

- o impedimento de terem acesso ao seu próprio dinheiro ou ao dinheiro do casal;
- o impedimento de terem um livro de cheques ou um cartão de crédito;
- uma escassa atribuição de dinheiro para a gestão doméstica e a verificação de todas as despesas feitas;
- o apoderamento ilegal, o uso indevido ou a ocultação de fundos, imóveis ou bens de uma mulher idosa.

A **violência sexual** abrange todos os tipos de contacto sexual não consentido e os actos sexuais não consentidos. O contacto sexual com qualquer pessoa incapaz de dar o seu consentimento também é considerado como um abuso sexual. O abuso sexual ocorre frequentemente em circunstâncias que ocultam o carácter violento e abusivo da acção. É uma concepção errada comum pensar-se que as mulheres idosas não podem ser abusadas sexualmente; a violência sexual pode ainda acontecer na velhice (muitas vezes depois de ter ocorrido durante toda a vida da mulher) e inclui:

- ser forçada a não ter satisfação sexual ou a ter vida sexual;
- ser forçada a envolver-se em actos sexuais contra a sua vontade;
- actos de agressão sexual;
- ser insultada, humilhada ou brutalizada durante o acto sexual;
- ser levada à força, ser amarrada à força durante o acto sexual;
- ser penetrada à força no ânus, ser penetrada com um objecto à força;
- ser violada depois de ter sido espancada ou insultada;

NOTAS DE FIM

- 1) Fonte: Base de dados do Eurostat, 'População em 1 de Janeiro por grupos de idade quinquenais e por género', 2009.
- 2) Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) citado em Equality Challenge Unit (2006: 4).
- 3) Begum, F. (2010: 1).
- 4) Strümpel, C., Gröschel, C. & Hackl, C. (Eds.) (2010: 5).
- 5) WHO (2000: 6).
- 6) Perista, Silva & Neves (2010: 148).
- 7) Perista, Silva & Neves (2010: 160-161).
- 8) Ver *Quadro 4.6: As formas de organização familiar das pessoas com 65 anos ou mais, percentagens, 2007*. Eurostat, 2010.
- 9) European Commission (2008: 206).
- 10) Idem: 125.
- 11) Idem: 206.
- 12) European Commission (2011: 50).
- 13) Em Portugal, em 2008, a esperança média de vida à nascença é para as mulheres de 82,4 anos e para os homens de 76,2 anos (Fonte: Comissão Europeia (2011: 49)).
- 14) Thümmeler, K., Britton, A. & Kirch, W. (2009: 25).
- 15) European Commission (2008: 141-142 e 210).
- 16) Idem: 143.
- 17) Thümmeler, K., Britton, A. & Kirch, W. (2009: 47).
- 18) European Commission (2011: 18).
- 19) Idem: 22.
- 20) Idem: 18.
- 21) European Commission (2008: 208).
- 22) Fagan, Urwin & Melling (2006: 69).
- 23) European Commission (2008: 210).
- 24) Fagan, Urwin & Melling (2006: 52).
- 25) European Commission (2008: 127).
- 26) European Commission (2011: 27).
- 27) European Commission (2008: 146-147).
- 28) European Commission (2009: 8-9).
- 29) Equality Challenge Unit (2006: 4).
- 30) Macdonald, M. (Eds.) (1994: 79).
- 31) Begum, F. (2010: 11).
- 32) Resolução n.º 58/174 da Assembleia Geral da ONU.
- 33) European Commission (2010b).
- 34) UNFPA, <http://www.unfpa.org/gender/violence.htm>
- 35) Artigo n.º 1 da Declaration on the Elimination of Violence against Women [Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher] da ONU - Resolução n.º 48/102 de 20 de Dezembro de 1993 da Assembleia Geral da ONU.
- 36) WHO, 2010.
- 37) University Department of Rural Health, Tasmania (2004).
- 38) Strümpel, C., Gröschel, C. & Hackl, C. (Eds.) (2010: 9).
- 39) Idem.
- 40) WHO, 2008.
- 41) National Center on Elder Abuse, USA. http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Questions.aspx
- 42) Adaptado de <http://www.violences.fr/Lorsduneconsultation/D%C3%A9finitionsstatistiquesprocessus/tabid/57/language/en-US/Default.aspx?PageContentID=8>; WHO, 2008; National Center on Elder Abuse, EUA. http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Questions.aspx

- 43) Begum, F. (2010: 11).
- 44) UN (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing. Artigo n.º 108.
- 45) Equality Challenge Unit (2006: 4).
- 46) Macdonald, M. (Ed.) (1994: 79).
- 47) Begum, F. (2010: 11).
- 48) Ver *Convenção do Conselho da Europa sobre a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica* em http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/texts/Convention_en.pdf. Portugal ratificou esta Convenção a 11 de Maio de 2011.

tion. Disponível em <http://www.globalaging.org/agingwatch/cedaw/cedaw.pdf>

Alguns relatórios de investigação contêm dados, conclusões e abordagens teóricas interessantes:

WHO (2011). European report on preventing elder maltreatment. Geneva, World Health Organization. Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf (5.12.2011)

Barnes-Holmes, Y. et al (2000). Mistreatment and abuse of older women in the European community. Estimated prevalence and legal and service responses. A review of the situation in three member states, DAPHNE-Project, European Commission, Brussels.

Dunlop, B., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F., Malik, N. & Fuster, M. (2005). Domestic violence against older women: Final technical report, Miami: The Center on Aging of Florida International University. Retrieved from: http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/elder%20justice/final_technical.pdf (1.2.2011)

E, finalmente, a brochura desenvolvida durante o Projecto *Breaking the Taboo*: Strümpel, C., Gröschel, C. & Hackl, C. (Eds.) (2010). *Breaking the Taboo. Violence against older women in families: recognising and acting*. Retrieved from: http://www.btt-project.eu/fileadmin/btt/PDFs/Broschuere_eng_web.pdf (18.3.2011)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barnes-Holmes, Y. et al (2000). Mistreatment and abuse of older women in the European community. Estimated prevalence and legal and service responses. A review of the situation in three member states, DAPHNE-Project, European Commission, Brussels.

Barnett, O. (2001). Why battered women do not leave, Part 2. Trauma, Violence & Abuse, Vol. 2, No. 1, pp. 3-35, Sage Publications.

Begum, F. (2010). Ageing, discrimination and older women's human rights from the perspectives of CEDAW convention. Disponível em: <http://www.globalaging.org/agingwatch/cedaw/cedaw.pdf> (20.12.2010)

Brandl, B. (2002). Power and control: Understanding domestic abuse in later life. Generations, Volume XXIV, Number 2, pp. 39-45.

Desmarais, S. L. & Reeves, K. A. (2007). Gray, black and blue: the state of research and intervention for intimate partner abuse among elders, Behavioral Sciences and the Law, Volume 25, Issue 3, pp. 377-391.

Dubin, B., Lelong J. & Smith B.K. (1988). Faces of neglect. Hogg Foundation for Mental Health 1988. The University of Texas. Austin. Disponível em: <http://eric.ed.gov/PDFS/ED303724.pdf> (6.5.2011)

Dunlop, B., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F., Malik, N. & Fuster, M. (2005). Domestic violence against older women: Final technical report, Miami: The Center on Aging of Florida International University. Disponível em: http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/elder%20justice/final_technical.pdf (1.2.2011)

Equality Challenge Unit (2006). New age thinking. London: the Equality Challenge Unit. Disponível em: http://www.staffs.ac.uk/assets/ECU%20New%20age%20thinking_tcm44-21500.pdf (13.1.2011)

EU guidelines on violence against women and girls and combating all forms of discrimination against them. Disponível em: <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cmsUpload/16173cor.en08.pdf> (1.2.2011)

European Commission (2008). The life of women and men in Europe: a statistical portrait. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-80-07-135 (13.1.2011)

European Commission (2009). Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Equality between women and men. COM (2009) 77. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0077:EN:NOT> (13.1.2011)

European Commission (2010). Access to health care and long-term care: equal for women and men?, Final Synthesis Report EGGSI. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5590&langId=en> (13.1.2011)

European Commission (2010b). Violence against women and the role of gender equality, social inclusion and health strategies. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6336&langId=en> (13.1.2011)

European Commission (2011). Report on progress on equality between women and men on 2010. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Disponível em: <https://infoeuropa.eu/rocid.pt/registo/000046373/> (13.1.2011)

Eurostat (2010). Income and living conditions in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-10-555/EN/KS-31-10-555-EN.PDF (1.2.2011)

Fagan, C., Urwin, P. & Melling, K. (2006). Gender inequalities in the risk of poverty and social exclusion for disadvantaged groups in thirty European countries. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Hagemann-White, C. & Bohn, S. (2007). Protecting women against violence. Analytical study on the effective implementation of Recommendation Rec(2002)5 on the protection of women against violence in Council of Europe Member States, Strasbourg, Council of Europe. Disponível em: http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EN_CDEG_2007_3_complete.pdf (31.1.2011)

Mac Gee, S. (2005). 2005. 20 Reasons why she stays: A guide for those who want to help battered women. Disponível em: <http://stopviolence.com/domviol/whytheystay.htm> (7.2.2011)

Macdonald, M. (Ed.) (1994). Gender planning in development agencies. Meeting the challenge, Oxfam Publications, Oxford

Machado, C. et al (2009). Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal. Estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. Acta Médica Portuguesa, 2009, Volume 22, n.º 6, pp. 735-742. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/6/735-742.pdf (7.2.2011)

Nägele, B., Böhm, U., Görgen, T. and Tóth, O. (2010). Intimate partner violence against older women – Summary report. Disponível em: http://www.ipvow.org/images/stories/ipvow/reports/summary_report_final.pdf (16.3.2011)

Nerenberg, L. (2002). Developing training programs on elder abuse prevention for in-home helpers. Issues and guidelines. Washington, National Center on Elder Abuse. Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/pdf/family/training.pdf (20.12.2010)

OECD Sassi, F. & J. Hurst (2008). The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework, OECD Health Working Papers, No. 32, OECD Publishing. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-prevention-of-lifestyle-related-chronic-diseases_243180781313 (18.3.2011)

Perista, H., Silva, A. & Neves, V. (2010). Intimate partner violence against older women in Portugal. Relatório final. Disponível em: http://ipvow.org/images/stories/ipvow/reports/IPVOW_Portugal_english_final.pdf (18.3.2011)

Scott, M. (2008). Older women and domestic violence in Scotland. Update 2008. Disponível em: <http://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/1842/2776/1/owdvupdate.pdf> (16.3.2011)

Stark, E. (2010). Coercive control, National Domestic Violence Fatality Review Initiative, Fatality Review Bulletin, Spring 2010. Disponível em: http://www.mnadv.org/NDVFRI_Spring_2010_Newsletter%5B1%5D.pdf (31.1.2011)

Strümpel, C., Gröschel, C. & Hackl, C. (Eds.) (2010). Breaking the Taboo. Violence against older women in families: recognising and acting. Disponível em: http://www.btt-project.eu/fileadmin/btt/PDFs/Broschuere_eng_web.pdf (18.3.2011)

The National Center on Elder Abuse, USA. Frequently asked questions, what is elder abuse? Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Questions.aspx (31.1.2011)

MÓDULO 3

Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias: dados, factores de risco e dinâmicas sociais da violência

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	pág. 04	pág. 16	pág. 21
TÓPICO 2 Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias - factores de risco	pág. 07	pág. 17	pág. 23
TÓPICO 3 As dinâmicas sociais da violência	pág. 09	pág. 18	pág. 25
TÓPICO 4 Discussão sobre as barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta	pág. 14	pág. 20	pág. 31

Recomendações para leituras adicionais pág. 33

Referências bibliográficas pág. 33

INTRODUÇÃO

O módulo 3 é baseado nas discussões teóricas do módulo 2, que fornece as ferramentas teóricas para “olhar” (estar consciente), reconhecer e ‘entender’ a violência. O objectivo do módulo é aprofundar esse entendimento, de forma a facilitar o reconhecimento da violência e a perspectivar os factores e as dinâmicas relacionadas com a violência. Focar-se-á na prevalência da violência contra mulheres idosas, nos factores de risco associados à violência, bem como nas dinâmicas das relações violentas. O módulo sintetiza a teoria, os dados e a prática, de forma a abordar a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias numa perspectiva integrada. Neste contexto, é particularmente relevante partir das experiências de profissionais de serviço social e de saúde no seu trabalho quotidiano através, por exemplo, de exercícios.

Como introdução, o módulo 3 apresenta **dados sobre a violência contra pessoas idosas** e relaciona-os com as desigualdades sociais de género. Foca, deste modo, o elemento estruturante desta forma de violência de género, apontando para as estruturas de poder desigual nas famílias, onde as mulheres surgem numa posição de menor poder relativo quando comparadas com o “cabeça de casal” masculino. Tais desigualdades de poder nos sistemas familiares são referidas como uma das razões para a violência doméstica com base no género. Em segundo lugar, são explorados os **factores de risco** estruturais da violência no contexto das famílias, tais como os contextos socioeconómicos precários e a falta de acesso a serviços de apoio. Para além disso, são abordados factores de risco individuais, como o estado de saúde. São, ainda, discutidas as dinâmicas sociais da **relação agressor/a - vítima**, onde o enfoque é colocado na especificidade das relações de dependência. Por fim, é discutida a **perspectiva das vítimas**, centrando-se nas razões pelas quais as vítimas de violência não abandonam a relação violenta, uma vez mais relacionando-se esse facto com as relações desiguais de género.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Ter conhecimento sobre a incidência e a prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias e sobre as dinâmicas da violência de género;
- Familiarizar-se com os factores de risco e as causas sociais / estruturais da violência contra mulheres idosas;
- Identificar as “características” da situação social e do comportamento das vítimas e dos agressores/as, bem como as dinâmicas sociais da relação agressor/a-vítima;
- Ter consciência das barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta, relacionando-as com questões de género e questões relativas a dificuldades específicas na violência contra mulheres idosas.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	15'
Apresentação do módulo e tópico	
Exercício 1: 'Relações de prestação de cuidados e violência contra mulheres idosas: um <i>quiz</i> a abrir'	
Respostas e exposição teórica relativa a dados sobre a prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	
TÓPICO 2 Violência contra mulheres idosas no contexto das famílias — factores de risco	25'
Exercício 2: 'Porque são as mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias?'	
Apresentação teórica e discussão	
TÓPICO 3 As dinâmicas sociais da violência	40'
Exercício 3: 'Uma família às desavenças'	
Sessão em plenário: apresentação/discussão do trabalho de grupo	
Apresentação teórica e discussão em torno da apresentação	
TÓPICO 4 Discussão sobre as barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta	10'
Apresentação teórica e discussão (este tópico pode e deve ser debatido ao longo da sessão; aqui serve apenas como resumo teórico)	



TÓPICO 1 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS E POSSÍVEIS ABORDAGENS EXPLICATIVAS

Importa, antes de mais, contextualizar a problemática ao nível da prestação de cuidados a pessoas idosas bem como ao nível da violência contra pessoas idosas.

Estima-se que, na Europa, aproximadamente 5,8% das pessoas com 25 ou mais anos passem mais de 20 horas por semana a cuidar de pessoas idosas e que a prevalência da prestação de cuidados aumenta 9% aos 50 anos de idade. A maioria das pessoas prestadoras de cuidados, entre 60% - 80%, são mulheres¹. Em Portugal, importa, também, referir que a grande maioria das pessoas que prestam cuidados informais são mulheres e com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, e que, numa expressiva maioria, coabita com a pessoa em situação de dependência².

Por outro lado, dados internacionais sobre violência doméstica contra pessoas idosas referem que existe uma percentagem considerável de pessoas idosas que são vítimas de violência no contexto das famílias. Mais ainda, os dados indicam que a percentagem de vítimas do sexo feminino é muito mais elevada do que a percentagem de vítimas do sexo masculino³. Este grupo de pessoas idosas vítimas de violência é heterogéneo; no entanto, é particularmente vulnerável, uma vez que é constituído por pessoas com uma capacidade limitada para se protegerem e cuidarem de si próprias e tendencialmente a necessitarem que lhes sejam prestados cuidados por parte das suas famílias. A confluência destes factores pode contribuir para um aumento da probabilidade para a ocorrência de violência no contexto das famílias.

A violência contra pessoas idosas pode ocorrer durante um período de tempo bastante longo antes de ser conhecido. Geralmente, a violência é revelada quando a pessoa idosa é levada ao hospital ou devido à intervenção de um/a profissional de serviço social ou de saúde. Segundo o *National Centre on Elder Abuse*, nos EUA, os/as profissionais de saúde são o grupo de pessoas com mais informação no que diz respeito à violência doméstica contra pessoas idosas, sendo que quase metade dos casos conhecidos foram denunciados por esses/as profissionais.

Não obstante, um estudo austríaco refere que 5% dos casos foram denunciados por parentes, 9% por pessoas amigas e vizinhas e, em 6% dos casos, foram as próprias vítimas que denunciaram os casos à polícia⁴.

A violência contra pessoas idosas e a violência contra mulheres idosas - o caso de Portugal

A violência contra as mulheres é geralmente um tabu societal e esse é ainda mais o caso quando as vítimas são mulheres idosas. Há que distinguir, sobretudo, **dois contextos** mais frequentes **de violência** contra mulheres idosas no seio das famílias. O primeiro relaciona-se com dinâmicas familiares, particularmente assente nas dinâmicas relacionais intra-casal, e refere-se a relações de intimidade violentas de longa duração que têm por base, em muitos casos, questões de género. O segundo está sobretudo relacionado com dinâmicas nas relações de prestação de cuidados, embora, obviamente, também sujeito a dinâmicas familiares; este é, frequentemente, fruto de variações nas relações de poder entre elementos da família, motivadas pela alteração dos sujeitos ao nível da prestação de cuidados (na idade activa, é frequentemente a mãe que cuida do/a filho/a; na velhice, é o/a filho/a que cuida da mãe), pelo aumento, em crescendo, do nível de dependência e, nalgumas situações, pela sobrecarga relacionada com o processo de prestação de cuidados.

O primeiro contexto de violência é explicado como uma forma de violência que tem por base o género, estruturalmente enraizado em relações desiguais de poder. É influenciado, por um lado, por factores sociopsicológicos e culturais, como a identidade de género, os papéis e os estereótipos de género⁵, enformados por normas e valores culturais que estruturam as práticas sociais. Por outro lado, está ligado às estruturas legais e económicas que, de certo modo, têm vindo a colocar as mulheres em situação de (maior) dependência económica relativamente aos parceiros masculinos, em situações de maior desigualdade socioeconómica, precariedade laboral, etc.⁶. Todos estes factores conduzem a relações de poder desiguais entre os sexos e conseqüentemente, a dependências económicas, legais e interpessoais por parte das mulheres⁷.



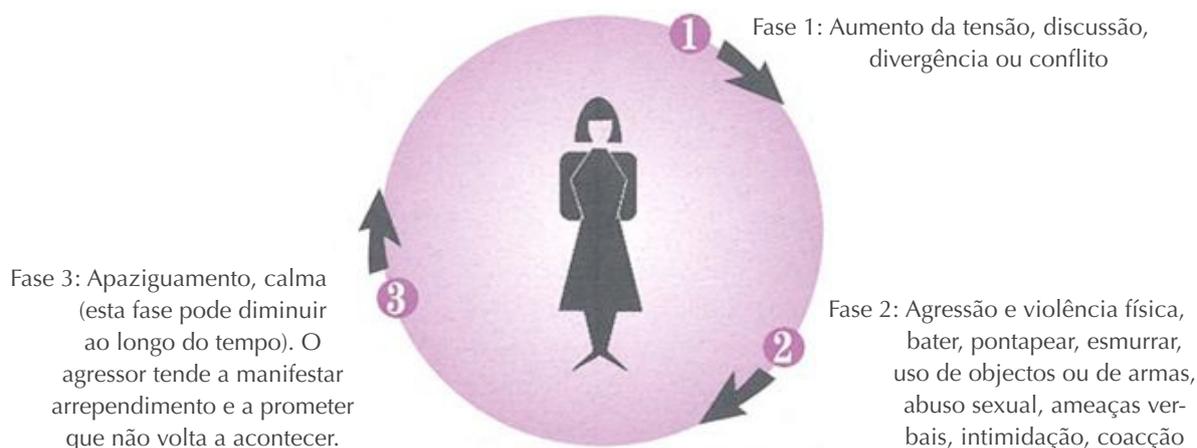
TÓPICO 3 AS DINÂMICAS SOCIAIS DA VIOLÊNCIA

Sabe-se, actualmente, que a violência doméstica ocorre independentemente de variáveis como a educação ou de influências culturais, religiosas ou étnicas. Contudo, as responsabilidades de prestação de cuidados são um peso para todos os sistemas familiares e podem originar situações violentas. Também o comportamento violento é particularmente influenciado pelo tipo de relacionamento entre agressor/a e vítima. Nas relações de intimidade, as dinâmicas sociais são especificamente moldadas pelas relações de género – veja-se que 90% das vítimas de violência em relações de intimidade são mulheres e a maioria dos/as agressores/as são parceiros do sexo masculino. A experiência de violência provoca danos físicos e psicológicos e conduz a um tipo de relacionamento baseado na violência, cuja dependência se revela especialmente difícil de romper¹⁸.

O relacionamento entre agressor/a e vítima é também uma questão importante no que diz respeito à discussão sobre a violência contra mulheres idosas em relações de prestação de cuidados. A violência contra mulheres idosas pode ocorrer por várias razões. Pode haver um contexto de violência familiar ou o historial de uma má relação de longa duração entre a vítima e o/a agressor/a. As pessoas prestadoras de cuidados podem debater-se com dificuldades relativamente ao seu papel. O impacto da demência da vítima, o abuso de álcool ou de outras substâncias ou problemas de saúde mental podem contribuir para tais dinâmicas.

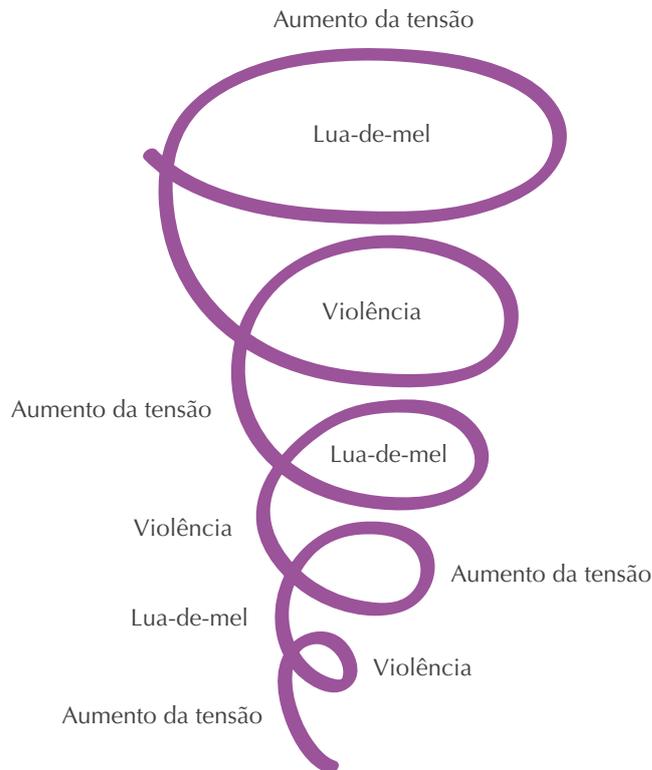
Contudo, mais uma vez, é da máxima importância conhecer e considerar o relacionamento entre vítima e agressor/a. Em primeiro lugar, é importante salientar que não é provável que a violência doméstica entre parceiros desapareça à medida que estes vão envelhecendo. Ao contrário, se a violência ocorreu ao longo de toda a relação ou casamento, é provável que continue, como é descrito na “espiral de violência” (ver figuras abaixo). Em tais relações violentas de longa duração é muito provável que a vítima do sexo feminino não se aperceba da sua situação de violência, não conheça a legislação sobre violação no casamento, etc.¹⁹. É também habitual que as vítimas idosas do sexo feminino tenham relações pessoais com os/as seus/suas agressores/as. Uma situação agravante no que diz respeito à violência contra mulheres idosas é o facto de que estão numa relação de dependência forçada, especialmente nos casos em que estão acamadas. Em tais casos, as vítimas são dependentes dos/as seus/suas agressores/as para as apoiarem regularmente nas actividades diárias. Por outro lado, os/as agressores/as podem também estar dependentes das suas vítimas, designadamente no que diz respeito à habitação, à situação financeira, etc.. O ‘Ciclo da violência’ e a ‘Espiral de Violência’ que se apresentam em seguida ilustram as dinâmicas das relações agressor/a - vítima. De acordo com estas representações gráficas, a violência ocorre em círculos – inicia-se com o aumento da tensão, passando à fase do ataque violento ou do episódio de violência (passa, nomeadamente, da violência psicológica e verbal para a violência física ou de outro tipo) e seguida da fase de apaziguamento, reconciliação ou de ‘lua-de-mel’.

O Ciclo da violência





A espiral da violência



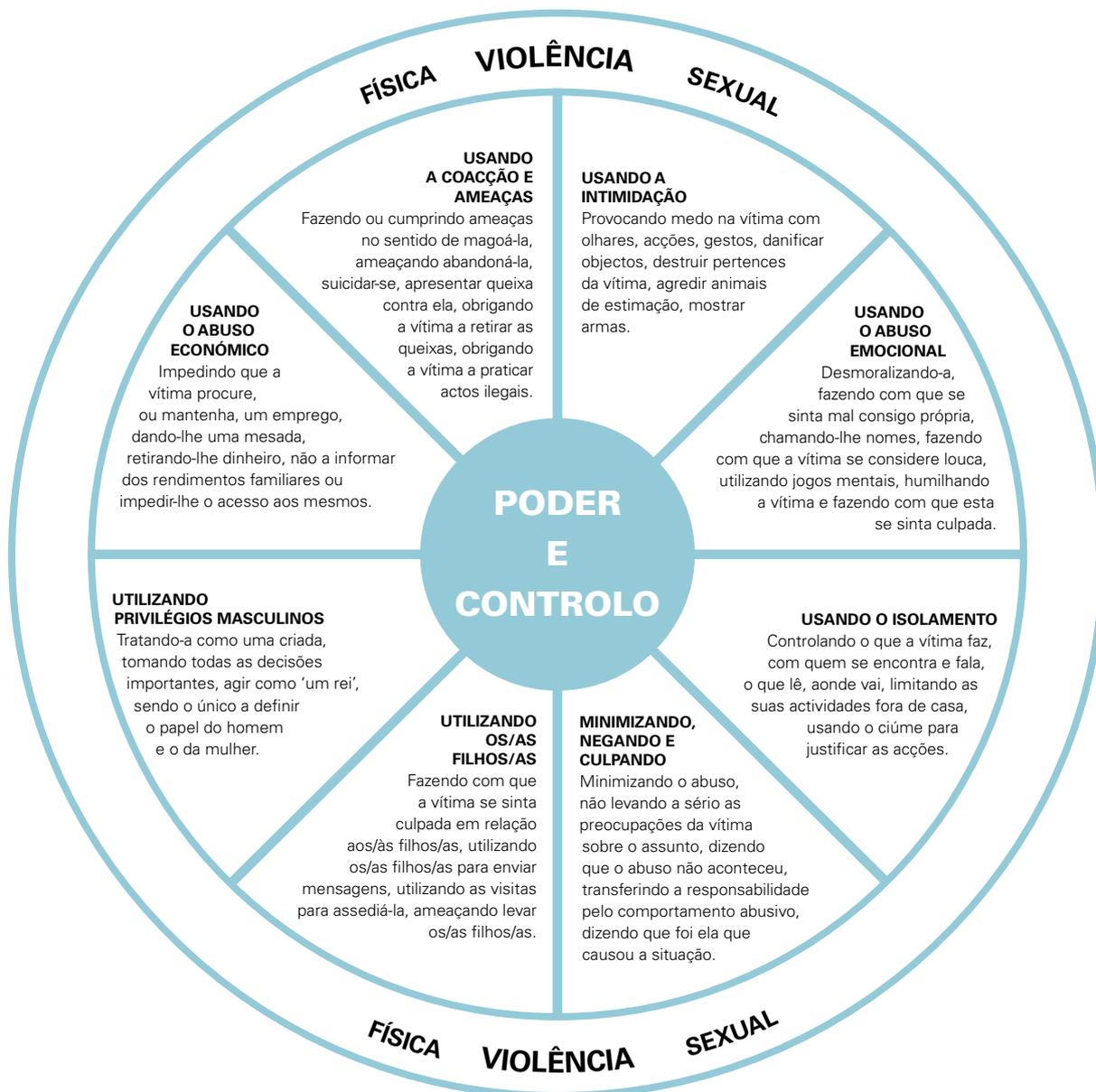
Fonte: adaptado de http://sexualassault.virginia.edu/dv_cycle.htm

No que respeita às relações familiares onde ocorre prestação de cuidados em contexto de dependência, importa referir que as famílias são sistemas sociais complexos, com formas e dinâmicas particulares. Partindo do conceito de família como sendo uma estrutura mantida e organizada pela ideia de “posse” e pela constelação de poder com base no género, foi prática comum os homens actuarem, durante muitos séculos, como guardiões entre o público e o privado²⁰. Este enraizamento histórico das estruturas familiares tem uma natureza patriarcal e é também uma das razões para as dificuldades na procura de intervenções apropriadas. A violência no contexto das famílias é normalmente minimizada porque é tolerada como parte integrante da “esfera privada”²¹.

Mais ainda, os sistemas familiares não são estáveis e alteram-se durante o ciclo de vida dos respectivos membros. Tais sistemas familiares são também interactivos e, assim, a dependência e a autonomia alteram ao longo da vida dos membros da família. Tal pode reflectir-se em conflitos e dissonâncias em etapas particulares da vida (como a adolescência), diminuindo quando os “filhos e as filhas” crescem e se tornam mais independentes e tornando-se novamente relevante quando as filhas e os filhos se tornam “pessoas prestadoras de cuidados” relativamente aos seus pais e mães²². Numa situação de necessidade de prestação de cuidados, ambos os intervenientes - a pessoa prestadora de cuidados e a pessoa que os recebe - se tornam dependentes um do outro. Ambos os lados podem ficar a perder com esta alteração de poder nas relações de dependência. Esta dependência emocional mútua, bem como a dependência prática no quotidiano, podem conduzir a uma explosão de conflitos que estiveram latentes por um período mais ou menos longo²³. No que diz respeito à violência em relações de intimidade, um possível cenário numa fase mais avançada da vida, é aquele em que o marido que necessita de prestação de cuidados continua a ser violento para com a sua mulher e a violenta fisicamente durante o processo de prestação de cuidados, impõe constrangimentos de ordem económica, limitando os gastos diários, e exerce violência psicológica. No que diz respeito às ambivalências dos relacionamentos entre filhos/as e mães, estas devem ser diferenciadas entre filhos/as dependentes, filhos/as prestadores/as de cuidados e filhos/as negligentes²⁴.



A violência intra-familiar está também ligada a sentimentos de agressão e frustração, a todo um conjunto de emoções que emergem no decurso de conflitos familiares ou a situações de perda de controlo. Tal “violência instrumental motivada pelo controlo” conduz a situações violentas. A ‘Roda do Poder e do Controlo’ aborda, assim, todas as questões referidas neste tópico, dando aso à reflexão sobre as dinâmicas sociais entre o/a agressor/a-vítima, as dinâmicas da violência em relações de intimidade e o sistema familiar no que diz respeito à prestação de cuidados em contexto de dependência. Ainda, esta roda pode ser uma ferramenta a utilizar na discussão relacionada com as barreiras que se colocam às vítimas para romper com uma relação violenta.



Desenvolvido pelo *Domestic Abuse Intervention Project*, 202 E. Superior St., Duluth, MN 55802
Para mais informações, contactar: info@praxisinternational.org ou fax: (218)722-1053

A ‘Roda da Igualdade’ como modelo para relações equilibradas

Em complemento à ‘Roda do Poder e do Controlo’, foi desenvolvida a ‘Roda da Igualdade’, que permite ilustrar as estruturas e a funcionalidade dos relacionamentos “saúdáveis”; relaciona-se com a ‘Roda do poder e do controlo’ no sentido oposto e certo para o desenvolvimento de relacionamentos saúdáveis. Aqui, novamente, a roda salienta o equilíbrio de poder entre os parceiros.

Apesar de ter uma abordagem diferente, a 'Roda da Igualdade' também possibilita uma discussão sobre as dependências económicas, legais e interpessoais de género. Neste caso, contudo, as dinâmicas acima descritas são invertidas e a figura ilustra o modo como um relacionamento, que é baseado em valores de igualdade, deve funcionar. Esta Roda percorre os valores e as práticas associadas: a uma paternidade responsável e partilhada entre os dois elementos de um casal; a uma efectiva parceria económica – onde ambos tomam decisões sobre questões financeiras e têm igual acesso aos recursos –; à negociação e justiça enquanto princípios básicos de sedimentação da relação; a comportamentos não violentos; ao respeito mútuo entre parceiros; à confiança e ao apoio nas mais diversas esferas de realização pessoal de ambos os elementos; e à honestidade e responsabilidade.



Fonte: <http://life.umt.edu/curry/>; traduzida em Martins, M.M. et al (2008). Poder para mudar. Como estabelecer grupos de suporte e ajuda mútua para vítimas e sobreviventes de violência doméstica. www.amcv.org.pt/amcv_files/pdfs/Poder%20Para%20Mudar.pdf

Este instrumento e seus princípios devem ser tidos em consideração quando se aborda a vítima ou o/a agressor/a e se procuram soluções para situações violentas (a considerar no desenvolvimento dos módulos 5 e 6).



TÓPICO 4 AS BARREIRAS QUE SE COLOCAM ÀS VÍTIMAS PARA PÔR TERMO A UMA RELAÇÃO VIOLENTA

São de ordem diversa as dificuldades que se colocam às vítimas de violência quando procuram pôr termo a uma relação violenta, nomeadamente:

a) barreiras psicológicas e baseadas no género:

- Messner (2000) salienta a importância dos papéis de género relativamente à relutância das mulheres face à ruptura de uma relação violenta e abusiva. Na sua análise, as mulheres são socializadas como “pessoas prestadoras de cuidados” e “pessoas que perdoam”, condicionadas para tolerar a violência até certo ponto;
- neste contexto, Hellbernd et al. (2004) salientam que as mulheres vítimas de violência têm necessidade, em média, de sete tentativas antes de deixar efectivamente o seu parceiro violento.
- nos relacionamentos violentos, as mulheres são usadas para serem colocadas numa posição de subordinação e, desta forma, ficam presas num processo de constante desempoderamento psicológico. Após um determinado período de tempo, têm sérias dificuldades para quebrar a barreira da impotência que sentem. Nesta dinâmica, têm tendência para minimizar a violência que lhes é dirigida e este mecanismo evita que as vítimas tomem atitudes no imediato (Erdemgil-Brandstätter 2003);
- as pessoas idosas tendem a ser ainda mais relutantes para falarem da violência no contexto das famílias do que as pessoas mais jovens (Schaie / Hofer, 2001). Isto é particularmente verdadeiro para a violência sexual, sujeita a um “duplo tabu” uma vez que a sexualidade, assim como a violência na velhice, não são assuntos correntemente abordados. Também está relacionado com o facto de se considerar as mulheres idosas como “assexuadas”.

b) barreiras estruturais:

- uma importante barreira é a falta de infra-estruturas e de serviços disponíveis ao nível da protecção das vítimas. No que diz respeito à violência contra mulheres idosas, a situação é ainda mais urgente uma vez que existem muito poucas ou nenhuma casas-abrigo que atendam às necessidades específicas das mulheres idosas e muitas destas mulheres têm relutância em serem transferidas para lares;
- o segundo problema relaciona-se com o primeiro e tem a ver com a falta de recursos financeiros para custear alternativas. Muitas mulheres não têm os meios económicos para partir. Destaca-se, ainda, que a situação socioeconómica da família exerce uma influência crucial neste caso já que, quanto menos recursos financeiros existem, mais limitadas são as opções. Mais ainda, como mencionado no módulo 2, as mulheres idosas tendem a ter menores rendimentos do que os seus parceiros homens e do que as mulheres mais jovens;
- finalmente, como ilustrado na ‘Roda do Poder e do Controlo’, o membro violento da família tende normalmente a utilizar diversas estratégias para exercer poder sobre o(s) outro(s) membro(s) da sua família. Do mesmo modo que restringem os contactos sociais das suas parceiras ou dos/as seus/suas filhos/as, também lhes limitam ou retiram por completo o acesso ao dinheiro e podem fazê-lo porque as mulheres tendem a dispor de menores recursos financeiros. Não é raro que as mulheres tenham uma mesada ou tenham que pedir dinheiro aos seus maridos ou parceiros.

No que diz respeito às **mulheres idosas em relações de prestação de cuidados**, tais obstáculos são ainda maiores. As mulheres idosas têm mais frequentemente necessidade de prestação de cuidados do que as mais jovens e dependem de quem lhes presta cuidados. No que toca à dependência financeira, os padrões podem ser invertidos, com as pessoas prestadoras de cuidados - na maioria dos casos filhos/as ou enteados/as - dependentes do dinheiro das mulheres idosas. Também em relação às barreiras relacionadas com a abordagem da violência, as mulheres idosas enfrentam dificuldades distintas das enfrentadas pelas mulheres mais jovens. Em concreto:

- tendencialmente, as mulheres idosas precisam de mais tentativas para abandonarem o/a agressor/a antes de serem bem-sucedidas do que as mulheres mais jovens. Isto deve-se, por um lado, à educação e



- valores e, por outro, à crescente dependência devida às necessidades de prestação de cuidados. Especialmente nos casos de demência, é praticamente impossível para uma mulher idosa abandonar, por iniciativa própria, a relação violenta;
- outro obstáculo ao abandono da relação violenta é o possível medo que a mulher idosa tem de ser transferida para um lar. A mulher pode ter receio de abandonar a sua casa ou pode recear o impacto de uma intervenção na organização familiar. Neste contexto, também se colocam questões de ordem prática, como a falta de transporte ou questões de mobilidade. A assistência ou o apoio de um/a advogado/a podem ser oferecidos para ultrapassar estas barreiras;
 - a terceira dificuldade está relacionada com sentimentos de culpa e de vergonha, mas também com sentimentos de lealdade relativamente à própria família. Como resultado, as barreiras à aceitação da intervenção podem incluir o medo ou a falta de iniciativa ou motivação;
 - as mulheres idosas também encontram barreiras específicas no que diz respeito à violência/abuso sexual. Geralmente, há na geração mais idosa uma falta de informação no que diz respeito à violência sexual. Em relação directa com o tabu generalizado acerca da violência sexual, está a falta de competências linguísticas para explicar o abuso sexual denunciado. As mulheres que vivem relações violentas de longa duração não estão muitas vezes conscientes da legislação sobre violação no casamento e as mulheres idosas sentem-se desconfortáveis ao falarem sobre assuntos relacionados com a sexualidade com pessoas prestadoras de cuidados de saúde ou outros intervenientes muito mais jovens²⁵. Mais ainda, a interacção entre discriminação em função do género e da idade desempenha um papel crucial neste contexto. As mulheres idosas são frequentemente vistas como sexualmente não activas e sem capacidade de atracção sexual. Assim, correm o risco de não serem levadas a sério quando denunciam abusos sexuais.

Em conclusão, é de salientar que profissionais de serviço social e de saúde devem conhecer os antecedentes da situação de violência e devem também ter conhecimento de casos que tenham conduzido a acções e situações violentas. Esta crescente tomada de consciência facilita o reconhecimento dos vários tipos de violência e apoia a definição de intervenções específicas.

PLANO DE SESSÃO

TÓPICO 1 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as questionam e aprendem, através de um exercício, qual a incidência e prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Objectivos de aprendizagem

- Dar os/as formandos/as uma visão geral sobre a incidência e a prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias e sobre as dinâmicas da violência de género;
- Iniciar a discussão e familiarizar os/as formandos/as com as abordagens de género que procuram definir as causas e os contextos da violência contra mulheres idosas.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do módulo e tópico (<i>slides</i> 1 – 3)	2'
Exercício 1: 'Relações de prestação de cuidados e violência contra mulheres idosas: um <i>quiz</i> a abrir' (Trabalho individual) (<i>slide</i> 4)	5'
Respostas e exposição teórica relativa a dados sobre a prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias (<i>slides</i> 5 – 7)	8'

Passo 1

Pedir aos/às formandos/as para preencherem o *quiz*.

Passo 2

Passar por todas as respostas em plenário, uma por uma. O/a formador/a pode então juntar informação adicional, como estatísticas em relação a cada tópico, e tirar as primeiras conclusões. Por exemplo: 'Como podemos ver, a grande maioria das vítimas são mulheres, por isso é crucial enquadrar a violência contra mulheres idosas nas questões de género'. A este respeito, ver lista de controlo para o/a formador/a.

Material didáctico

- Documento 'Tópico 1 - Relações de prestação de cuidados e violência contra mulheres idosas: um *quiz* a abrir';
- Lista de controlo para o/a formador/a.

TÓPICO 2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS - FACTORES DE RISCO

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as questionam e aprendem, através de um exercício interactivo, quais os factores de risco e as causas sociais / estruturais da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Será apresentada uma distinção entre factores de risco gerais e factores de risco relacionados com relações de prestação de cuidados.

Objectivos de aprendizagem

- Prosseguir a discussão sobre as abordagens de género enquanto abordagens explicativas da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias;
- Consciencializar e familiarizar os/as formandos/as com os factores de risco, gerais e relacionados com relações de prestação de cuidados, e as causas sociais / estruturais da violência contra mulheres idosas;

Métodos e distribuição de tempos

	
Exercício 2: 'Porque são as mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias?' (<i>brainstorming</i>) (<i>slides</i> 8 – 9)	10'
Apresentação teórica e discussão (<i>slide</i> 10)	15'

Passo 1

Perguntar aos/às formandos/as 'Porque são as mulheres idosas vítimas de violência no contexto das famílias? Quais os factores que podem contribuir para a ocorrência de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias?'. Se necessário, o/a formador/a pode formular perguntas de modo a alertar para certos factores de risco, como: "E a idade?", "E em relação à situação familiar?" ou "E no que diz respeito ao dinheiro (à situação socioeconómica)?".

Passo 2

Discutir os factores de risco encontrados, lista-los no *flip-chart* e categorizá-los de acordo com as distinções feitas no Tópico 2. No que diz respeito à discussão dos factores de risco concretos, é importante sublinhar que não é nunca um factor isolado que conduz à violência contra mulheres idosas. Geralmente, estão ligados à violência contra mulheres idosas vários factores de risco e, por vezes, formas específicas de violência contra pessoas idosas relacionam-se com factores de risco específicos. Inversamente, há que ter em mente que a presença de factores de risco não tem necessariamente de conduzir à violência no contexto das famílias. Neste contexto, alguns temas do Tópico 4 "As barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta" podem desde logo ser mencionados e constituir tema de discussão.

Material didáctico

- *Flip-chart*;
- Marcadores;
- Texto de apoio 'Factores de risco para a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias'.

TÓPICO 3 AS DINÂMICAS SOCIAIS DA VIOLÊNCIA

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as adquirem competências, através de um exercício interactivo, para reconhecerem algumas das dinâmicas sociais subjacentes à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Objectivos de aprendizagem

- Reflectir sobre as dinâmicas sociais da relação entre agressor/a(es/as)-vítima e sobre a complexidade da interacção no contexto das famílias;
- Consciencializar os/as formandos/as relativamente aos factores relacionados com o género, a idade e questões relativas.

Métodos e distribuição de tempos

	
Exercício 3: 'Uma família às desavenças' (trabalho de grupo) (slides 11 – 12)	10'
Sessão em plenário: apresentação/discussão do trabalho de grupo	15'
Apresentação teórica e discussão em torno da apresentação (slides 13 – 17)	15'

Passo 1

Introduzir o exercício e dividir os/as participantes em pequenos grupos (ideal, 3 pessoas).

Passo 2

Em pequenos grupos, os/as participantes lêem o caso e discutem as questões. Pedir aos/às participantes para escreverem os resultados. Opcionalmente, podem fazer um desenho, em folha A4, cartolina ou papel do *flip-chart*, para ilustrar as dinâmicas familiares.

Pode ser interessante para os/as participantes visualizarem a situação de um modo gráfico ou criativo - fazer um desenho e ver o que se passa neste contexto familiar. Podem optar por desenhar setas entre os membros da família para mostrar quem apoia quem e setas de cores diferentes para mostrar quem está a ser violento ou reprime quem. Esta tarefa deve ser livre, já que por vezes os/as participantes têm ideias muito criativas e inspiradoras que ajudam os/as outros/as a compreender as matérias.

Passo 3

Depois de escreverem ou/e ilustrarem os resultados, os grupos penduram os seus cartazes na parede, apresentam os seus cartazes e resumem as suas respostas.

Os/as participantes podem adicionar comentários e discutir as respostas. O/a formador/a ilustra o resumo no *flip-chart*, eventualmente adicionando informação pertinente (por exemplo, o contexto socioeconómico, as expectativas de género relativas aos papéis a desempenhar pela filha e pelo filho, etc.).

Respostas possíveis

A mulher idosa: Está a aguentar em silêncio e espera pelo momento em que a situação de violência se altere por si própria. Está habituada a sofrer e por isso procura manter a situação como está.

O marido: Procura manter o controlo sobre a família e, ao mesmo tempo, vai humilhando e oprimindo a mulher.

A filha: Procura apoiar a mãe. No seu caso, sente-se como “organizadora”, alguém que sempre fez muito pela família e sabe o que deve ser feito.

O filho: O objectivo do filho é manter-se afastado da família e dos problemas familiares. Procura a sua liberdade e o seu modo de conquistar essa liberdade é escolher o “caminho mais fácil”, reforçando o desejo da sua mãe de ficar em casa, em vez de intervir como a sua irmã.

Passo 4

A discussão das respostas ao estudo de caso conduzirá à reflexão teórica, nomeadamente à discussão sobre a ‘Roda do Poder e do Controlo’ e a ‘Roda da Igualdade’. Neste contexto, a questão das barreiras que impedem as vítimas de violência doméstica de abandonarem a situação/parceiro/a, deve também ser apresentada.

Material didáctico

- Tópico 3 – ‘Uma família às desavenças’;
- Papel para *flip-chart* (ou A4 ou cartolina) e marcadores, fita adesiva ou pioneses;
- Textos de apoio ‘A Roda do Poder e do Controlo’ e ‘A Roda da Igualdade’.

TÓPICO 4 AS BARREIRAS QUE SE COLOCAM ÀS VÍTIMAS PARA PÔR TERMO A UMA RELAÇÃO VIOLENTA

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as reflectem sobre as barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta.

Objectivos de aprendizagem

- Reflectir sobre as barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação teórica e discussão em torno da apresentação (<i>slides</i> 18 – 19)	10'

Material didáctico

- Texto de apoio 'As barreiras que se colocam às vítimas para pôr termo a uma relação violenta'.



RELAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS: UM QUIZ A ABRIR

- 1) Em Portugal, de acordo com um estudo recente, quantas pessoas entre os 45 e os 65 anos prestam cuidados continuados a pessoas que fazem parte dos seus agregados familiares?
 - a) 15%
 - b) 10%
 - c) 55%

- 2) Em Portugal, de acordo com um estudo recente, quantas pessoas que prestam cuidados continuados coabitam com a pessoa em situação de dependência?
 - a) 93%
 - b) 82%
 - c) 51%

- 3) Quantas pessoas envolvidas na prestação de cuidados continuados no domicílio são do sexo feminino?
 - a) 50%
 - b) menos de 40%
 - c) mais de 70%

- 4) A percentagem de vítimas de violência doméstica é...
 - a) (quase) igual, tanto para vítimas do sexo feminino como do masculino
 - b) mais elevada para as vítimas do sexo feminino
 - c) mais elevada para as vítimas do sexo masculino

- 5) Segundo o *National Centre on Elder Abuse*, dos EUA, quase metade dos casos de violência doméstica contra pessoas idosas conhecidos foram denunciados por:
 - a) outros membros da família
 - b) amigos/as e vizinhos/as
 - c) as próprias vítimas
 - d) profissionais de serviço social e de saúde



LISTA DE CONTROLO PARA O/A FORMADOR/A RESPOSTAS AO QUIZ 'RELAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS'

- 1) Em Portugal, a grande maioria das pessoas que prestam cuidados informais são mulheres e com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos. (Fonte: Branco, M. J. & Paixão, E. (2008). Uma observação sobre cuidados continuados no domicílio. Relatório. Lisboa: INSA, Ministério da Saúde).
- 2) Em Portugal, de acordo com um estudo recente, 93% das pessoas que prestam cuidados continuados coabitam com a pessoa em situação de dependência. (Fonte: Branco, M. J. & Paixão, E. (2008). Uma observação sobre cuidados continuados no domicílio. Relatório. Lisboa: INSA, Ministério da Saúde).
- 3) Mais de 70% das pessoas envolvidas na prestação de cuidados continuados no domicílio são do sexo feminino.
- 4) Dados internacionais sobre violência doméstica contra pessoas idosas referem que existe uma percentagem considerável de pessoas idosas que são vítimas de violência no contexto das famílias. Mais ainda, os dados indicam que a percentagem de vítimas do sexo feminino é muito mais elevada do que a percentagem de vítimas do sexo masculino (Hörl/Spannring, 2001: 323). Este grupo de pessoas idosas vítimas de violência é heterogéneo; no entanto, é particularmente vulnerável, uma vez que é constituído por pessoas com uma capacidade limitada para se protegerem e cuidarem de si próprias e tendencialmente a necessitarem que lhes sejam prestados cuidados por parte das suas famílias. A confluência destes factores pode contribuir para um aumento da probabilidade para a ocorrência de violência no contexto das famílias.

Com base em estudos internacionais, estima-se que quase 10% de todas as pessoas idosas já tiveram experiências de violência e abuso na sua esfera social mais próxima (Hörl/Spannring, 2001: 322). A taxa de prevalência estimada varia entre os 2% e os 10% de pessoas com 65 ou mais anos que são vítimas de alguma forma de violência ou negligência. Os dados internacionais indicam, ainda, um aumento no número de vítimas; tal facto pode resultar de um aumento efectivo do número de casos ou pode ser sinal de uma crescente tomada de consciência relativamente ao assunto. Entre as potenciais vítimas, destacam-se as mulheres com 75 ou mais anos (*National Centre on Elder Abuse and Neglect*, 2004).

Como acontece noutras formas de violência no contexto das famílias, também a violência contra mulheres idosas permanece ocultada na esfera privada. Relativamente a Portugal, apenas em 2010 foi realizado um estudo sobre a prevalência da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias (Ferreira-Alves & Santos).

- 5) A violência contra mulheres é, ainda e de alguma forma, um tabu social e esse é ainda maior quando as vítimas são mulheres idosas. Algumas estimativas retiradas de estudos internacionais sobre violência doméstica contra pessoas idosas indicam geralmente que apenas um em cada 14 incidentes de violência doméstica contra pessoas idosas chega ao conhecimento das instituições (Pillemer & Finkelhor 1988).



TEXTO DE APOIO 1

FACTORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS

Factores de risco gerais:

- o factor de risco mais evidente é o **género** da pessoa idosa. A pesquisa relacionada com os maus-tratos a pessoas idosas realça diferenças significativas de género no que diz respeito à vulnerabilidade face à violência e negligência e sublinha que há muito mais mulheres a serem afectadas;
- relacionada com o primeiro factor de risco está a experiência de **violência de longa duração em relações de intimidade** que tem geralmente por base o género e não está relacionada com necessidades de prestação de cuidados. Tais relacionamentos violentos podem mudar ou agravar-se quando um dos parceiros necessita de prestação de cuidados e depende do outro, o que afecta tanto mulheres como homens;
- em estreita relação, ou não, com os factores acima referidos, um dos principais factores de risco para que alguém se torne uma vítima na velhice é a **crecente necessidade de prestação de cuidados** e as novas formas de dependência que lhe estão associadas. Este factor de risco afecta tanto mulheres como homens;
- todos os factores de risco mencionados têm mais probabilidade de ocorrer nos chamados "**contextos familiares ditos disfuncionais**", que indiciam situações de potencial abuso de álcool ou drogas, doenças do foro psicológico no contexto das famílias, um historial de violência familiar, etc.

Factores de risco relacionados com relações de prestação de cuidados:

- a primeira categoria a ser mencionada, no que diz respeito à violência nas relações de prestação de cuidados, é a **idade** da vítima. Estudos indicam que as pessoas idosas entre os 70 e os 85 anos têm mais probabilidades de ser vítimas de violência interpessoal. Em relação directa com a idade da pessoa, está também o seu estado de saúde e grau de dependência;
- no que diz respeito ao estado de saúde da vítima, há vários factores que podem ter influência. A **demência** ou um crescente **distúrbio depressivo** são factores de risco, uma vez que influenciam o comportamento da potencial vítima, podendo conduzir a dinâmicas relacionais negativas relativamente à pessoa prestadora de cuidados informais. Outros factores de risco importantes, que podem ser identificados por profissionais de serviço social ou de saúde, são, por exemplo, as alterações na situação familiar, como a morte súbita de um membro da família, um crescente distúrbio depressivo da pessoa idosa ou - mais importante ainda - uma crescente demência da pessoa idosa;
- outro importante factor de risco diz respeito às **formas de organização** e às **dinâmicas familiares** presentes nas relações de prestação de cuidados. As pessoas idosas que vivem com outras pessoas têm muito mais probabilidades de serem mal-tratadas do que aquelas que vivem sozinhas. Mais uma vez, as dinâmicas familiares relacionadas com o género podem conduzir a um risco acrescido, seja em relações de intimidade ou de outra ordem familiar (ver dados na tabela 1);
- por outro lado, o **isolamento** é também um dos factores de risco a salientar. As vítimas estão, na maioria dos casos, socialmente isoladas e dependentes dos/as agressores/as. As vítimas podem depender dos/as agressores/as no que diz respeito ao apoio para a realização de actividades diárias, estando, por isso, relutantes em abandonar a relação violenta²⁶. O isolamento social pode, por um lado, ser um factor de risco e pode, por outro, ser uma manifestação ou consequência de alguma forma de violência contra uma mulher idosa;
- outro factor de risco pertinente está relacionado com a **situação socioeconómica** e com as **condições de alojamento**. As famílias com uma situação socioeconómica precária podem ser afectadas por um espaço de habitação exíguo e por dificuldades na organização e financiamento de um apoio adequado à prestação de cuidados a um/a familiar idoso/a.

Em síntese, a violência contra mulheres idosas é mais frequente quando a vítima e o/a agressor/a vivem juntos, quando há um historial de violência familiar ou violência por parte do/a parceiro/a e/ou uma situação de abuso sexual anterior não resolvida. Para além disso, é maior a probabilidade de estarmos

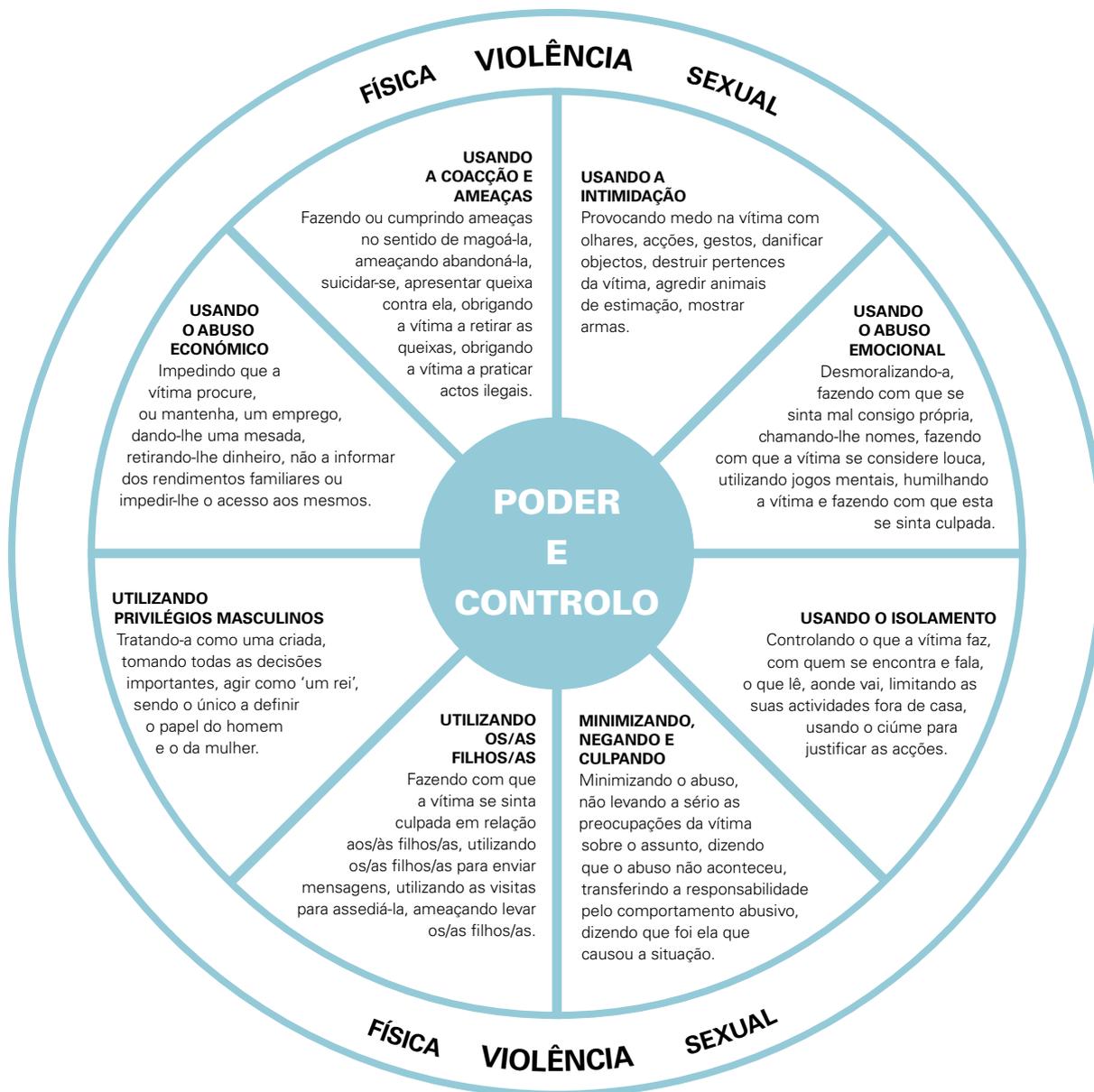


perante situações de violência contra mulheres idosas se o nível de dependência emocional, social, física ou financeira aumentar, o que, muitas vezes, pode estar relacionado com uma alteração significativa nas formas de organização familiar. Outro factor de risco relevante é a falta de ajuda e apoio adequados relativamente à(s) pessoa(s) prestadora(s) de cuidados e a falta de recursos financeiros para prestar os cuidados necessários. A saúde débil ou fragilizada das vítimas, a existência de deficiências cognitivas e a falta de apoio familiar, financeiro ou comunitário, são, ainda, importantes factores a considerar.



TEXTO DE APOIO 2

A 'RODA DO PODER E DO CONTROLO'



Desenvolvido pelo *Domestic Abuse Intervention Project*, 202 E. Superior St., Duluth, MN 55802
Para mais informações, contactar: info@praxisinternational.org ou fax: (218)722-1053

A 'Roda do Poder e do Controlo', do "*Domestic Abuse Intervention Project*" ("Projecto de Intervenção em Violência Doméstica"), ilustra as estratégias utilizadas pelo/a agressor/a para manter o poder e o controlo sobre outro indivíduo. Tendo sido originalmente desenvolvido no *Domestic Abuse Intervention Project* para demonstrar que as estruturas de poder se encontram organizadas em função do género e que as relações de poder são desiguais entre homens e mulheres, este modelo é, contudo, útil para explicar as dinâmicas de todos os tipos de violência que envolvem relações de poder desiguais. A 'Roda do Poder e do Controlo' sintetiza, desta forma, a interacção entre as relações de poder e as diferentes formas de comportamento violento.



A ‘Roda do Poder e do Controlo’ foi concebida para ilustrar a componente estrutural da violência, que conduz a dependências económicas, legais e interpessoais da vítima e a coloca numa situação de maior vulnerabilidade face ao/à agressor/a. A abordagem de poder e controlo relaciona-se, deste modo, com a conceptualização das famílias como sendo dominadas por um *chefe de família* homem que exerce *poder e controlo*. A violência doméstica é mais do que a violência física. No desenho da roda, a violência física e sexual é o eixo exterior e os outros comportamentos são os seus raios; ambos confluem. Assim, como numa roda, estes dependem e reforçam-se mutuamente, delineando, desta forma, um sistema comportamental que ergue barreiras à ruptura de relações violentas. Esta roda contempla:

- o controlo económico, que impede a mulher de ter capacidade financeira para se libertar da violência;
- o isolamento social, que actua no sentido da destruição de todo o sistema de apoio social – familiares e pessoas amigas que podiam, eventualmente, ser capazes de ajudar a mulher na procura de informações, de apoio e de recursos;
- a coacção e as ameaças, bem como a intimidação, que contribuem para reforçar o medo que a mulher sente, particularmente fazendo-a crer que a situação vivencial de violência é mais segura do que qualquer retaliação caso a mulher decida fugir;
- a violência psicológica e o abuso emocional, a humilhação, a degradação, etc., como formas de controlo e de domínio muito particulares e marcantes;
- a minimização, a negação e culpabilização, enquanto estratégias de desculpabilização dos comportamentos violentos por parte do agressor, atribuindo a causa da violência à própria vítima;
- a utilização abusiva da relação da vítima com o/a(s) filho/a(s) como moeda de troca para a manutenção da relação;
- o recurso aos ditos ‘privilégios masculinos’, enquanto forma de domínio patriarcal;
- o abuso sexual, incluindo a negação de seu direito de recusar à prática de actos sexuais, recorrendo a comportamentos violentos e a ameaças.

A violência intra-familiar está também ligada a sentimentos de agressão e frustração, a todo um conjunto de emoções que emergem no decurso de conflitos familiares ou a situações de perda de controlo. Tal “violência instrumental motivada pelo controlo” conduz a situações violentas. A ‘Roda do Poder e do Controlo’ aborda, assim, todas as questões referidas neste tópico, dando aso à reflexão sobre as dinâmicas sociais entre o/a agressor/a-vítima, as dinâmicas da violência em relações de intimidade e o sistema familiar no que diz respeito à prestação de cuidados em contexto de dependência.



Fonte: <http://life.umt.edu/curry/>; traduzida em Martins, M.M. et al (2008). Poder para mudar. Como estabelecer grupos de suporte e ajuda mútua para vítimas e sobreviventes de violência doméstica. www.amcv.org.pt/amcv_files/pdfs/Poder%20Para%20Mudar.pdf



TEXTO DE APOIO 4

AS BARREIRAS QUE SE COLOCAM ÀS VÍTIMAS PARA PÔR TERMO A UMA RELAÇÃO VIOLENTA

São de ordem diversa as dificuldades que se colocam às vítimas de violência quando procuram pôr termo a uma relação violenta, nomeadamente:

a) barreiras psicológicas e baseadas no género:

- Messner (2000) salienta a importância dos papéis de género relativamente à relutância das mulheres face à ruptura de uma relação violenta e abusiva. Na sua análise, as mulheres são socializadas como “pessoas prestadoras de cuidados” e “pessoas que perdoam”, condicionadas para tolerar a violência até certo ponto;
- neste contexto, Hellbernd et al. (2004) salientam que as mulheres vítimas de violência têm necessitado, em média, de sete tentativas antes de deixar efectivamente o seu parceiro violento.
- nos relacionamentos violentos, as mulheres são usadas para serem colocadas numa posição de subordinação e, desta forma, ficam presas num processo de constante desempoderamento psicológico. Após um determinado período de tempo, têm sérias dificuldades para quebrar a barreira da impotência que sentem. Nesta dinâmica, têm tendência para minimizar a violência que lhes é dirigida e este mecanismo evita que as vítimas tomem atitudes no imediato (Erdemgil-Brandstätter 2003);
- as pessoas idosas tendem a ser ainda mais relutantes para falarem da violência no contexto das famílias do que as pessoas mais jovens (Schaie / Hofer, 2001). Isto é particularmente verdadeiro para a violência sexual, sujeita a um “duplo tabu” uma vez que a sexualidade, assim como a violência na velhice, não são assuntos correntemente abordados. Também está relacionado com o facto de se considerar as mulheres idosas como “assexuadas”.

b) barreiras estruturais:

- uma importante barreira é a falta de infra-estruturas e de serviços disponíveis ao nível da protecção das vítimas. No que diz respeito à violência contra mulheres idosas, a situação é ainda mais urgente uma vez que existem muito poucas ou nenhuma casas-abrigo que atendam às necessidades específicas das mulheres idosas e muitas destas mulheres têm relutância em serem transferidas para lares;
- o segundo problema relaciona-se com o primeiro e tem a ver com a falta de recursos financeiros para custear alternativas. Muitas mulheres não têm os meios económicos para partir. Destaca-se, ainda, que a situação socioeconómica da família exerce uma influência crucial neste caso já que, quanto menos recursos financeiros existem, mais limitadas são as opções. Mais ainda, como mencionado no módulo 2, as mulheres idosas tendem a ter menores rendimentos do que os seus parceiros homens e do que as mulheres mais jovens;
- finalmente, como ilustrado na ‘Roda do Poder e do Controlo’, o membro violento da família tende normalmente a utilizar diversas estratégias para exercer poder sobre o(s) outro(s) membro(s) da sua família. Do mesmo modo que restringem os contactos sociais das suas parceiras ou dos/as seus/suas filhos/as, também lhes limitam ou retiram por completo o acesso ao dinheiro e podem fazê-lo porque as mulheres tendem a dispor de menores recursos financeiros. Não é raro que as mulheres tenham uma mesada ou tenham que pedir dinheiro aos seus maridos ou parceiros.

NOTAS DE FIM

- 1) Grammenos, 2005.
- 2) Branco & Paixão, 2008.
- 3) Hörl/Spannring, 2001: 323.
- 4) Idem, p. 320.
- 5) Hagemann-White 2002; Connell 2004.
- 6) WHO, 2004.
- 7) Dackweiler & Schäfer, 2002.
- 8) Hörl & Spannring, 2001: 322.
- 9) *National Centre on Elder Abuse and Neglect*, 2004.
- 10) *National Centre on Elder Abuse and Neglect*, 1997.
- 11) Ferreira-Alves & Santos.
- 12) Pillemer & Finkelhor, 1988.
- 13) WHO, 2011.
- 14) Branco & Paixão, 2008.
- 15) Ferreira-Alves & Santos, 2010.
- 16) IAFN – Nature and Scope of elder Mistreatment: 3.
- 17) Hörl/Spannring 2001: 324.
- 18) Erdemgil-Brandstätter, 2008.
- 19) IAFN, 2003.
- 20) Böhmendorfer, 2001.
- 21) Sauer, 2002.
- 22) Durstberger, 2006.
- 23) Hörl & Spannring, 2001.
- 24) Dubin et al., 1988.
- 25) IAFN, 2003.
- 26) IAFN – Nature and Scope of elder Mistreatment: 3.

RECOMENDAÇÕES PARA LEITURAS ADICIONAIS

Dada a proximidade entre temas discutidos neste módulo e no anterior, recomenda-se as mesmas referências bibliográficas que no módulo 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barnes-Holmes, Y. et al (2000). Mistreatment and abuse of older women in the European community. Estimated prevalence and legal and service responses. A review of the situation in three member states, DAPHNE-Project, European Commission, Brussels.

Barnett, O. (2001). Why battered women do not leave, Part 2. Trauma, Violence & Abuse, Vol. 2, No. 1, pp. 3-35, Sage Publications.

Branco, M. J. & Paixão, E. (2008) *Uma observação sobre cuidados continuados no domicílio*. Relatório. Lisboa: INSA, Ministério da Saúde.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Bielefeld.

CEDAW / UN (1979): Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women – CEDAW, (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>)

Connell, R. (1987). Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics, Stanford University Press.

Connell, R. (2004). Handbook of Studies on Men and Masculinities, Sage Publications, Londres.

Dackweiler, R.-M., Schafer, R. (2002). Geschlecht, Macht, Gewalt – eine Einführung; in: dies.: Gewaltverhältnisse. Feministische Perspektiven auf Geschlecht und Gewalt, Campus, Frankfurt am Main.

Erdemgil-Brandstätter, A. (2008). Gewalt gegen Frauen. Die effiziente Intervention im Gesundheitswesen, Curriculum, Viena.

European Commission (2010). Feasibility Study to assess the Possibilities, Opportunities and Needs to standardise National Legislation on Violence against Women, Violence against Children and Sexual Orientation Violence. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission (2010b). Violence against women and the role of gender equality, social inclusion and health strategies. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6336&langId=en> (13.1.2011)

Ferreira-Alves, J. & Santos, A.J. (2010). Prevalence study of violence and abuse against older women. Result of the Portugal survey (AVOW Project). Braga: Universidade do Minho.

Fischer, R. (2004). Coach-Frau, Frau Coach oder Coacherin? Wie Sprachstruktur geschlechtergerechten Sprachgebrauch beeinflusst. In: Eichhoff-Cyrus, K. M. (Ed.). Adam, Eva und die Sprache. Beiträge zur Geschlechterforschung. 2004, Dudenverlag, Mannheim, pp. 149-178.

Ganley, A. L. et.al (1998). Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainer's Manual for Health Care Providers. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund. Disponível em: http://www.endabuse.org/userfiles/file/HealthCare/improving_healthcare_healthtrainer.pdf

Glasgow K, & Fanslow JL. (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministry of Health.

Glendinning, C, Tjadens, F. et al (2009). Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers, Report to the European Commission, Brussels.

Görger, T. (2006). Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen:

Görger, T. (2009). Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zur Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Grammenos, S (2005). Implications of Demographic Ageing in the Enlarged EU in the Domains of Quality of Life, Health Promotion and Health Care, Centre for European Social and Economic Policy (CESEP), Brussels.

Hagemann-White, C. (1992). Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis. Bestandsanalyse und Perspektiven, Centaurus, Pfaffenweiler.

Hagemann-White, C. (2002). Gewalt im Geschlechterverhältnis als sozialwissenschaftlicher Forschungsgegenstand. In R.-M. Dackweiler & R. Schäfer (Eds.), Gewalt-Verhältnisse. Feministische Perspektiven auf Geschlecht und Gewalt (Vol. 19, pp. 29-52). Viena: Campus Verlag. Frankfurt/ Nova Iorque.

Hörl, J., & Spannring, R. (2001). Gewalt gegen alte Menschen. In G. u. K. Bundesministerium für Soziales (Ed.), Gewaltbericht in Österreich, BMSG, Viena, pp. 305-344.

IAFN – International Association of Forensic Nurses (2003). Nursing Responses to Elder Mistreatment. An Education Curriculum, IAFN, Arnold.

Kalbfleisch, P. J. & Herold, A. L. (2006). Sex, power and communication. In: [Dindia, K. & Canary, Daniel J. \(Ed.\). Sex differences and similarities in communication](#). 2006, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey.

Lang, G., & Enzenhofer, E. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of the Austrian Survey (AVOW Project). Viena: Instituto de Pesquisa da Cruz Vermelha.

Messner, Sandra (2000). Männergewalt gegen Frauen. Warum ist es so vielen Frauen nicht möglich, aus ihrer gewalttätigen Beziehung auszubrechen? Diplomarbeit, Universidade de Viena, Viena.

ÖBIG – Österreichisches Institut für Gesundheitswesen (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht, Viena.

Pillemer K, Finkelhor D (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist 28(1): 51-57.

Sauer, B. (2002). Geschlechtsspezifische GewaltmäÙigkeit rechtsstaatlicher Arrangements und wohlfahrtsstaatliche Institutionalisierungen, in: Dackweiler, Regina-Maria/Schäfer, Reinhild (Ed.): Gewalt-Verhältnisse. Feministische Perspektiven auf Geschlecht und Gewalt, Frankfurt/M./Nova Iorque: Campus, pp.: 81-106.

Schaie, K.W. & Hofer, S.M. (2001). Longitudinal Studies of Aging. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.). Handbook of the psychology of aging (pp. 53-77). San Diego: Academic Press.

Seltzer, M. & Li, L. (2000). The dynamics of caregiving: Transitions during a three-year prospective study. *Gerontologist*, 40 (2), 165–178.

Stop violence against women (2004). Training materials. Retrieved from <http://www.stopvaw.org/>

Strümpel, C., Gröschel, C. & Hackl, C. (Eds.) (2010). Breaking the Taboo. Violence against older women in families: recognising and acting. Disponível em: http://www.btt-project.eu/fileadmin/btt/PDFs/Broschuere_eng_web.pdf (18.3.2011)

TNS Opinion & Social (2010). Domestic Violence against Women. Relatório para a Comissão Europeia, Bruxelas.

WHO (2002). The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004). Better Palliative Care for Older People, Geneva, World Health Organization.

WHO (2011). European report on preventing elder maltreatment. Geneva, World Health Organization. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf (5.12.2011)

WHO/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/intimate/en/index.html (2.2.2011)

Zwischenergebnisse der Studie “Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen”. In: Görge, T. & Nägele, B. (Eds.). Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen. Dokumentation einer Fachtagung und eines Expertenforums am 14. und 15. 6. 2006 in Hannover. Hannover.

PARTE II

CADEIA DE INTERVENÇÃO: O PAPEL DAS/DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE SERVIÇO SOCIAL

A parte II do programa de formação aborda todas as temáticas relacionadas com a “intervenção”. A intervenção inclui diferentes etapas: a) o reconhecimento da violência; b) a abordagem da situação de violência; c) a garantia da segurança da vítima e do/a próprio/a; d) registar e documentar; e) a consideração dos aspectos legais; f) cuidar de si próprio/a. Esta é a chamada “cadeia de intervenção”. Não obstante, os/as formandos/as devem ter em atenção que não é possível uma intervenção linear mas que todas as etapas são relevantes; em regra, não uma de cada vez mas, na maioria dos casos, todas em simultâneo. Muitas vezes, após uma primeira suspeita e reconhecidos os sinais, abordar, de forma mais ou menos directa, a situação de violência é necessária no sentido da sua clarificação, o que pode conduzir novamente ao reconhecimento de sinais adicionais e assim sucessivamente. Durante o reconhecimento e a abordagem é importante que o/a profissional tenha sempre em mente a segurança da vítima bem como a sua própria segurança. E, finalmente, não deve nunca esquecer-se de cuidar de si próprio/a. Assim, as etapas individuais estão intimamente ligadas entre si e os/as formandos/as devem ter presente que as mesmas estão divididas em diferentes módulos, apenas por uma questão de estruturação do programa de formação. O módulo 9 dará a oportunidade aos/às formandos/as de fazerem um *role play* com toda a “cadeia de intervenção” em simultâneo.

Os/as formandos/as devem ter sempre presente que em toda a “cadeia de intervenção”, a informação, a consulta e a discussão com os/as coordenadores/as de equipa e com os/as colegas são muito importantes. As/os profissionais não devem dar início a qualquer intervenção espontânea sem consultarem previamente a respectiva organização. Um pré-requisito para todas as sugestões que se seguem é que as/os profissionais não intervenham sozinhos/as. A única excepção é um caso de emergência grave.

Os seguintes princípios orientadores¹ devem aplicar-se na resposta à violência e negligência contra pessoas idosas em geral:

- A segurança da pessoa idosa deve ser uma prioridade;
- Qualquer intervenção não deve causar mais danos;
- O/A profissional não deve agir isoladamente;
- As/Os clientes devem ser apoiados por intervenções que as/os empoderem;
- Os valores dos/as clientes devem ser respeitados;
- Deve fazer-se uma abordagem multidimensional e intersectorial.

MÓDULO 4

Reconhecimento da violência

Introdução pág. 03

Objectivos do módulo pág. 03

Plano geral do módulo pág. 04

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Indicadores/sinais de violência	pág. 05	pág. 18	pág. 26
TÓPICO 2 Etapas do reconhecimento	pág. 14	pág. 21	
TÓPICO 3 Barreiras à intervenção	pág. 16	pág. 22	

Exposição teórica: breve síntese sobre os aspectos legais e os tipos de violência pág. 25

Referências bibliográficas pág. 36

INTRODUÇÃO

Lidar com situações de violência doméstica contra mulheres idosas é muito complexo. O modo ideal para lidar com estas situações está descrito na “cadeia de intervenção”. Claro que estas várias etapas têm de ser adaptadas ao contexto nacional, regional e organizacional. Por outro lado, é importante ter em mente que cada situação é diferente. Assim, é necessário que as/os profissionais adaptem a ordem das etapas às situações específicas.

A primeira etapa na “cadeia de intervenção” é o reconhecimento de situações de violência doméstica contra mulheres idosas. As/os profissionais necessitam de adquirir conhecimentos acerca de possíveis sinais, para serem capazes de os detectar. Estes sinais podem ser um aviso, mas não provam necessariamente a existência de violência. Assim, é importante que os sinais sejam devidamente clarificados e que as/os profissionais saibam as diferenças entre violência e os sintomas de um processo normal de envelhecimento e de doenças a este associadas.

Observando cuidadosamente e documentando os incidentes, as/os profissionais podem tentar clarificar aqueles que são suspeitos antes de tomarem outras medidas. É útil obter uma segunda opinião, através da consulta a outros/as colegas ou a outras pessoas. Depois de clarificar os sinais ou depois de concluir que existe uma forte suspeita de violência, a/o profissional tem de encontrar uma forma de intervir na situação. A discussão de uma possível intervenção, debatendo, por exemplo, o modo de abordar a situação de violência, proporcionando segurança, documentando, trabalhando em rede e disponibilizando serviços de apoio, será trabalhada nos módulos seguintes.

Os/as profissionais de saúde, de serviço social e de prestação de cuidados estão numa posição única para identificar a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Demora algum tempo até que as pessoas com contacto próximo se apercebam de que algo está errado. As/os profissionais são muitas vezes confrontadas/os com uma sensação de que ‘algo de errado se está a passar’.

O reconhecimento das situações de violência contra mulheres idosas não é fácil. Quais os sinais que podem tornar-se alarmantes? Podem existir semelhanças entre os sinais de violência, os sinais das ‘alterações normais do envelhecimento’ e os sintomas de doenças? Como se desenvolve a suspeita de violência? O que deve fazer a/o profissional para clarificar a sua suspeita? Com que barreiras se depara para detectar estes sinais?

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Estar consciente das etapas necessárias (como a primeira suspeita, a observação, a discussão com a equipa) - “cadeia de intervenção”;
- Capacitar as pessoas prestadoras de cuidados para detectarem sintomas e sinais de violência;
- Capacitar as pessoas prestadoras de cuidados para distinguirem entre alterações “normais” do envelhecimento, como a perda de peso ou diferentes tipos de dores, e os resultados da violência, bem como entre a violência e os sintomas de outras doenças;
- Estar consciente das barreiras que se colocam à intervenção;
- Estar consciente do impacto do meio envolvente;
- Conhecer o quadro legal, nomeadamente a relação entre tipos de violência e tipos de crime.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Indicadores/sinais de violência	40'
Apresentação do módulo e do tópico	
Exercício 1: 'O caso da D. Ana'	
Discussão plenária e apresentação teórica	
TÓPICO 2 Etapas do reconhecimento	20'
Breve exposição teórica	
Exercício 2: 'Pele de galinha: Sinais de alerta de que algo está errado'	
Plenário: Recolha de experiências, complementada com exposição teórica resumida	
TÓPICO 3 Barreiras à intervenção	17'
Exercício 3: 'Sinais de violência'	
Discussão plenária e exposição teórica adicional	
Exposição teórica: breve síntese sobre os aspectos legais e os tipos de violência	13'



TÓPICO 1 INDICADORES/SINAIS DE VIOLÊNCIA²

Uma intervenção adequada começa, em primeiro lugar, com a aprendizagem de como reconhecer os sinais, antes de intervir de uma forma consistente. Quanto mais pessoas estiverem alerta para os sinais de violência contra mulheres idosas, mais atempadamente se pode intervir.

Apresenta-se, de seguida, uma perspectiva geral sobre os sinais que podem indiciar situações de violência. Podem ser distinguidos entre sinais claros e visíveis, por um lado, e sinais indirectos, por outro. Os sinais podem ser dados directamente pela vítima mas também pelo/a agressor/a ou pelo meio envolvente.

Sinais transmitidos pela vítima

Os sinais transmitidos pela vítima podem ser categorizados de acordo com os diferentes tipos de violência³.

Violência física

A *International Association of Forensic Nurses*⁴ distingue diferentes tipos de violência associando-os a diferentes conjuntos de sinais. A violência física pode traduzir-se em sinais como contusões em locais pouco usuais, inchaços, lacerações e abrasões. Também as feridas abertas, cortes, picadas, marcas de dentadas e outras feridas não tratadas ou olhos negros, armações de óculos partidas, etc. são indicadores de violência. E existem ainda lesões mais graves como fracturas de ossos, incluindo fracturas cranianas, ou até lesões internas/hemorragias; estas, em casos extremos, podem conduzir à morte.

As lesões físicas podem ser causadas por apertar, empurrar, puxar, agarrar, bater, pontapear, sacudir, queimar, levantar no ar, deixar cair, amarrar ou administrar medicação incorrectamente.

Importa estar alerta aos sinais mas também consciente do facto de que a pele das pessoas idosas fica muito fina e que as contusões aparecem muito facilmente, os ossos ficam mais frágeis e a queda de cabelo ocorre naturalmente.

Assim, importa estar alerta para:

- sinais de violência: podem parecer grandes contusões, no corpo ou braços, ou pequenas contusões, feridas de pressão simétricas (marca dos dedos) ou inchaços nos lados da cabeça;
- contusões, lacerações: especialmente contusões antigas e recentes; a forma destas pode dar algumas pistas sobre se foi utilizado um instrumento, como um ferro ou um cinto⁵;
- indícios de imobilização - podem ser detectados por inchaços nos braços e pernas;
- feridas provocadas por cortes, ou facadas: são sobretudo feridas que sangram (normalmente cada uma tem um aspecto específico) e muitas vezes não podiam ter sido feitas acidentalmente (ter em atenção, por exemplo, à profundidade, localização, direcção do corte);
- parasitas e feridas provocadas por dentadas: podem ser causadas por animais domésticos, mas convém ficar alerta para outros sinais;
- feridas não tratadas: podem indicar que a prestação de cuidados é inadequada ou negligenciada;
- queimaduras ou bolhas em sítios pouco usuais, como os ombros, ou com uma forma pouco comum, assemelhando-se, por exemplo, a uma marca de cigarro;
- fracturas nos membros inferiores. São muitas vezes difíceis de detectar, em particular se a cliente não tem mobilidade;
- lesões externas na cabeça: afastando o cabelo podem detectar-se feridas que sangram no couro cabeludo;
- vestígios de intoxicação/envenenamento: distúrbios de orientação, náuseas, dores abdominais;
- pequenas feridas ou contusões em áreas menos visíveis (pés, parte interior das pernas, entre outras);
- entorses ou luxações: podem surgir se a pessoa idosa tiver sido levantada da cama bruscamente ou se tiver sido forçada a uma acção que já não é capaz de executar.



Os sinais descritos são aqueles que podem ser claramente detectados. Na prática, contudo, as coisas não são tão claras para a/o profissional, já que é, muitas vezes, confrontada/o com sinais ambíguos que fazem suspeitar de violência embora não haja certezas, à partida. Para além de factos claramente verificáveis fisicamente, há sinais que podem levantar suspeitas de violência física, tais como:

- A lesão não coincide com a explicação que é dada;
- Há um intervalo de tempo entre a lesão e o tratamento médico;
- A mulher idosa mostra uma reacção de medo quando alguém lhe toca;
- A mulher idosa recusa subitamente que a lavem;
- Quando a mulher idosa se queixa de dores, por vezes, não se encontram causas físicas. Contudo, deve ter-se em mente que é pouco provável que a dor seja inventada. Pode ter sido, por exemplo, provocada por agressões com uma lista telefónica, o que pode não deixar marcas mas provoca dor.

A violência física é um crime que se enquadra na parte especial do código penal destinada aos crimes contra as pessoas.

Na maioria das situações envolvendo violência física enquadra-se no capítulo dos crimes contra a integridade física, designadamente: ofensas à integridade física simples; ofensas à integridade física grave; ofensas à integridade física qualificada; ofensas à integridade física privilegiada; ofensas à integridade física por negligência; maus tratos; em particular, a violência física, nomeadamente, os maus-tratos físicos e os castigos corporais consubstanciam a prática do crime de violência doméstica, previsto e punido no artigo 152.º do Código Penal.

Nas situações mais extremas, a violência física pode ainda enquadrar-se no capítulo dos crimes contra a vida, como seja o homicídio; homicídio qualificado; homicídio privilegiado; homicídio por negligência; exposição ou abandono.

Violência psicológica ou emocional

Os sinais de violência psicológica ou emocional são sobretudo descritos como alterações emocionais significativas e alterações no comportamento da mulher idosa como, por exemplo, agitação e confusão repetidas, choro constante, problemas de sono, desinteresse inexplicável por actividades habituais, perda de apetite e depressão grave. A maioria das clientes expressa queixas vagas e pouco específicas ou falam acerca de suicídio ou auto-mutilação.

A violência psicológica ou emocional é muito mais difícil de detectar do que a violência física, já que muitas vezes não é directamente visível ou identificável. Uma das dificuldades é o facto de os sintomas poderem ser idênticos aos de uma depressão clínica, o que pode não estar relacionado com violência.

Os seguintes sinais podem ser indicadores de violência psicológica ou emocional exercida sobre uma mulher idosa:

- dificuldade em falar abertamente sobre determinado problema;
- medo;
- fuga ao contacto verbal ou físico;
- a mulher idosa vive isolada;
- pouco contacto visual, natureza introvertida;
- depressão;
- demonstração de medo/receio na interacção com a pessoa prestadora de cuidados.

A violência psicológica não é facilmente detectável. Assim, os indicadores são mais facilmente observáveis durante a interacção entre a pessoa idosa e a família, parceiro/a ou pessoa prestadora de cuidados.



- ausência dos electrodomésticos necessários;
- falta de dinheiro para despesas imprevistas e tratamentos médicos;
- a mulher idosa não está autorizada a gerir o seu próprio dinheiro;
- a mulher idosa não consegue encontrar as suas jóias e os seus bens pessoais;
- a pessoa prestadora de cuidados só está interessada na situação financeira da mulher idosa.

A exploração financeira/violência económica é criminalizada.

A maioria das situações enquadra-se no capítulo dos crimes contra o património, como sejam: furto; abuso de confiança; roubo; dano; burla; extorsão; infidelidade; abuso de cartão de garantia ou crédito; usura.

A violência económica pode ainda configurar uma situação de maus tratos físicos e psíquicos e, por via destes, enquadrar-se no capítulo dos crimes contra a integridade física, designadamente o crime de violência doméstica, previsto e punido no artigo 152.º do Código Penal.

Negligência

As situações de negligência de uma mulher idosa podem ser identificadas, nomeadamente através de um conjunto de sinais físicos¹². Os sinais mais importantes são a desnutrição e uma perda de peso acentuada, uma higiene pessoal deficitária e um modo de vestir inapropriado, problemas de saúde não acompanhados/tratados, falta de comparência a consultas médicas, má administração de medicamentos ou a completa falta de acompanhamento médico. Outro conjunto de sinais diz respeito às condições de vida da mulher idosa e inclui condições de vida inseguras ou insalubres.

Assim, relativamente à negligência, podem ser detectados os seguintes sinais:

- mau cheiro pode indicar falta de higiene ou falta de ajuda;
- existência de, por exemplo, piolhos, baratas, ratos ou ratazanas;
- o que está avariado não é reparado;
- roupa inapropriada para a estação do ano;
- falta de roupa lavada;
- pouca comida, de fraca qualidade ou sempre a mesma comida em casa;
- instalações sanitárias que não funcionam;
- falta de próteses dentárias, óculos, aparelhos auditivos ou equipamentos auxiliares da mobilidade;
- praticamente nenhum mobiliário em casa, casa degradada, estores sempre fechados, excrementos de animais e outros detritos pela casa;
- a mulher vive muito isolada socialmente.

Para além da higiene pessoal e da casa, há vários outros sinais relacionados com a saúde pessoal que podem indicar negligência:

- problemas crónicos de saúde;
- repetidas admissões no hospital devido a falta de vigilância do estado de saúde;
- dentes a cair;
- problemas físicos persistentes que podem indicar ausência de toma ou toma por excesso/por defeito/irregular dos medicamentos prescritos;
- problemas médicos que permanecem sem tratamento por um longo período;
- problemas de pele;
- ardor ao urinar;
- sinais de desnutrição ou desidratação;
- medicação inapropriada (excesso/defeito): indicadores possíveis - alterações na capacidade mental ou física e declínio do estado geral de saúde: por exemplo, confusão, falta de equilíbrio, quedas, depressão, incontinência recente e/ou agitação¹³.



Sinais transmitidos pelo meio envolvente

As alterações no modo de vida ou na estrutura familiar podem ser foco de tensão. Por vezes, estas tensões podem conduzir à violência. Algumas destas alterações estão listadas abaixo. Esta não é uma lista exaustiva. A percepção de que uma alteração é, ou não, relevante varia, obviamente, de pessoa para pessoa. Estes factores não são sinais de violência mas sim factores de risco que devem ser tidos em consideração, tais como:

- mudança de casa;
- venda da casa;
- morte do/a marido/companheiro/a;
- reforma – do marido/companheiro ou de quem presta cuidados.

Para além destes, existem algumas dinâmicas que podem dar origem a tensões familiares. É, assim, importante que as/os profissionais prestem atenção a diferentes aspectos, tais como:

- o tipo de relacionamento entre membros da família;
- o historial de violência na família;
- sentimentos de ódio em relação à mulher idosa;
- alterações recentes nas relações de poder dentro da família (por exemplo, o grau de dependência da mãe idosa face a filho/a);
- privacidade dos membros da família dentro de casa.

Sinais de Alerta relativamente a relações potencialmente violentas

O *Domestic Abuse Project*¹⁴ desenvolveu uma lista de sinais de alerta para relações potencialmente violentas. Como formador/a, não tem de referir exaustivamente todos os pontos da lista. Mas é extremamente relevante que faça referência ao texto de apoio (vide texto de apoio *Sinais de alerta relativamente a relações violentas*) para que as/os formandas/os adquiram uma visão global e exaustiva sobre esses sinais de alerta. Essa é uma lista de sinais de alerta para relações potencialmente violentas; os sinais são apresentados como linhas orientadoras, aos quais se deve ter atenção, sem que se proceda a quaisquer júzós de valor em relação a outras pessoas, relações familiares ou situações.

Semelhanças com sintomas de alterações normais relacionadas com o envelhecimento e com doenças

As/os profissionais que estão em contacto próximo com mulheres idosas têm de estar conscientes dos possíveis sinais de violência. Não obstante, há que considerar que alguns sinais que aparentemente podem indiciar situações de violência são, nalguns casos, provocados por ‘alterações normais do envelhecimento’ e por doenças.

O processo normal de envelhecimento conduz a vários sintomas que podem ser bastante semelhantes a situações de violência física, como a facilidade de adquirir um hematoma, a fragilidade óssea ou a pele muito fina e vulnerável. Assim, é importante, em caso de dúvida, não olhar para os sinais e sintomas isoladamente mas concentrar a atenção no todo.

A seguinte lista contém sinais que podem ser o resultado de doenças ou de sintomas típicos do envelhecimento do corpo¹⁵:

- um decréscimo global de energia e vigor;
- a tendência para ficar facilmente cansada;
- alterações nos padrões de sono;
- diminuição da memória;
- alterações comportamentais;
- alterações na pele e no cabelo, tais como rugas, manchas na pele, perda da elasticidade da pele e perda de pelos nos membros;
- alterações na cor do cabelo;



- uma perda ou decréscimo da visão e audição;
- alterações na função intestinal;
- diminuição da libido;
- disfunção sexual;
- problemas urinários tais como incontinência, pequenas perdas de urina e alterações na frequência da micção;
- alterações no ciclo menstrual;
- obesidade abdominal ou incapacidade de perder peso.

As/os profissionais têm de ter em mente estes sinais por forma a não fazerem suposições erradas quando uma mulher idosa fica, por exemplo, cansada rapidamente ou, de um modo geral, não tem muita energia.

Não só os sinais físicos mas também os psicológicos e emocionais podem ter uma causa diferente e podem nem sempre derivar de situações de violência. O envelhecimento anda, muitas vezes, de mãos dadas com a perda. Esta perda pode ser muito diversificada, por exemplo a perda de mobilidade, independência ou a perda de um/a parceiro/a ou de uma pessoa amiga. A mulher idosa tem de aprender a lidar com perdas. As pessoas idosas são muitas vezes confrontadas com o luto. O luto é um processo muito individual. Com o passar do tempo, o meio envolvente deixa de prestar atenção a este processo ou não compreende a razão porque a pessoa idosa ainda está em luto. “Algumas pessoas consideram as pessoas idosas em luto como pessoas que estão doentes e por conseguinte precisam de cuidados médicos”¹⁶. O luto pode ter um impacto drástico no estilo de vida das pessoas. Muitas vezes influencia vários aspectos do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual¹⁷. A perda de um ente querido vai conduzir, na maioria dos casos, a um decréscimo do bem-estar físico¹⁸. Quando as pessoas idosas entram em luto, o meio envolvente pode muitas vezes observar uma alteração nos padrões de comportamento. Por exemplo: a pessoa idosa não come ou come irregularmente, não cozinha, raramente sai para comprar mercearias, negligencia o seu cuidado pessoal ou limita os esforços físicos a um mínimo absoluto. O luto pode também ter impacto nas suas actividades. É provável que a pessoa idosa deixe de ter iniciativa e se torne letárgica.

O confronto com a perda pode também conduzir à depressão. De acordo com último Inquérito Nacional de Saúde, 13% das mulheres com 65 ou mais anos tem ou já teve uma depressão face a 5,1% dos homens no mesmo grupo etário; é entre as mulheres e os homens com depressão com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos que se regista uma percentagem mais elevada (M: 16% e H: 7,1%)¹⁹.

Os sintomas de depressão podem ser semelhantes aos sintomas de violência contra pessoas idosas. Os sintomas de depressão incluem²⁰:

- tristeza;
- fadiga;
- abandono ou perda de interesse por *hobbies* ou outros passatempos agradáveis;
- afastamento social e isolamento (relutância em estar com pessoas amigas, envolver-se em actividades ou sair de casa);
- perda de peso; perda de apetite;
- perturbações do sono (dificuldade em adormecer ou ficar acordado/a, dormir demais ou ter sonolência durante o dia);
- perda de auto-estima (preocupações sobre o facto de ser uma sobrecarga, sentimentos de inutilidade, culpabilização);
- aumento do consumo de álcool ou de outras drogas;
- fixação na morte; pensamentos ou tentativas de suicídio

Mais cedo ou mais tarde, muitas pessoas desenvolvem uma ou mais doenças relacionadas com o envelhecimento, como osteoporose, diabetes e demência. As diferenças entre depressão e demência são muito vagas. A depressão e a demência partilham muitos sintomas semelhantes, incluindo problemas de memória, no discurso, movimentos lentos e fraca motivação, podendo ser difícil distingui-las. As pessoas com



TÓPICO 2 ETAPAS DO RECONHECIMENTO²¹

O reconhecimento é a primeira etapa na “cadeia de intervenção”. Assim que a/o profissional detecta um ou mais sinais, deve, desde logo, procurar clarificar os sinais. Muitas vezes a observação isolada não é suficiente e é necessário “investigar” mais a fundo, através da indagação da suspeita ou de uma confirmação adicional. O tema da abordagem da situação de violência será tratado no módulo 5 mas é importante ter em mente que as etapas da “cadeia de intervenção” estão muito interligadas entre si.

Quais são os sinais?

Muitas vezes existe a combinação de diferentes sinais. É importante que as/os profissionais estejam alertas para a ocorrência de alguns sinais de forma simultânea ou repetida. Os sinais devem ser contextualizados, antes de se poder falar em violência (exemplo disso é o facto das pessoas idosas terem a pele mais frágil e qualquer batida pode provocar um hematoma; ou o facto de pessoas idosas com problemas de mobilidade terem um risco mais elevado para a ocorrência de quedas). Por vezes a violência pode ser facilmente reconhecida. Outras vezes, precisa de muita atenção por parte da/o profissional. É importante clarificar os sinais e a situação de violência e só depois dar início a qualquer intervenção concreta.

Como podem as/os profissionais esclarecer as suas suspeitas sobre os sinais?

Quando um elemento da equipa é confrontado com sinais de violência, tem muitas vezes dúvidas e hesita em intervir. Assim, existe um processo antes da/o profissional ter a certeza de que deve expressar a sua suspeita e, caso a queira expressar, a quem o fará. A hesitação pode advir de alguma incerteza sobre se a mulher idosa está a exagerar ou sobre se o que a/o profissional viu prefigura uma situação de violência. A dúvida faz parte de um processo saudável. Assegura intervenções cautelosas. Em contrapartida, pode, também, levar a que as/os profissionais não tomem qualquer medida, ou seja, que se perca a oportunidade de apoiar uma vítima de violência.

Por forma a assegurar que não seja tomada qualquer atitude irreflectida, garantindo, não obstante, uma detecção eficaz de situações de violência, importa ter em conta os seguintes princípios orientadores:

Primeiro: confie na sua intuição

A/o profissional deve saber que é bom confiar na própria intuição. Se esta/e tem a sensação de que há algo de errado, pode ter razão e não deve ignorar essa percepção. Contudo, a/o profissional deve ser cuidadosa/o. Uma percepção não significa um facto. São necessários procedimentos adicionais para confirmar a situação.

Segundo: observe e registe qualquer incidente

A/o profissional deve prestar especial atenção à postura, expressão facial, tom de voz e modo como se expressam, tanto a eventual vítima como o/a agressor/a.

Deve ser aconselhado/a a escrever o que vê e não o que pensa. É importante registar todos os incidentes, com data e hora. O conteúdo deve ser uma descrição das circunstâncias. Local? Quem estava lá? O que viu?

Se a mesma situação é registada mais do que uma vez, a/o profissional pode estar perante indícios de um risco continuado de violência. Esses registos podem também constituir uma base para discussão das suspeitas com colegas ou superiores (mais informação acerca do registo documental no módulo 6).

Terceiro: faça um exame de consciência

É importante que a/o profissional clarifique se as suas suspeitas reflectem, de alguma forma, questões relacionadas com a sua vida pessoal. Não deve acusar ou condenar ninguém e deve evitar pensar em termos de culpa, mas sim em termos de responsabilidade. Certifique-se de que a/o profissional está consciente de que os seus valores não têm necessariamente de corresponder aos valores do/a agressor/a e da vítima.



Quarto: torne as suspeitas ainda mais objectivas através da sua discussão com colegas ou outras pessoas

Em reuniões de trabalho ou encontros informais, as/os profissionais podem sempre perguntar a amigos/as ou colegas como interpretariam os sinais. Não mencionem nomes e assegurem-se de que o/a outro/a não consegue identificar a pessoa de quem se está a falar. A lista de incidentes registados pode ajudar a narrar os factos.

A última etapa do reconhecimento pode ser uma espécie de avaliação

Os sinais identificados precisam ser avaliados no seu contexto²². Ou seja, devem ser analisados tomando em consideração a informação subjectiva e objectiva sobre a cliente, bem como a informação sobre as pessoas prestadoras de cuidados e sobre membros da família.

Este tipo de avaliação deve ser acompanhado de reflexão e documentação:

A situação da cliente (por exemplo, doenças crónicas e respectivos tratamentos médicos) pode ter impacto nas constatações ou influenciar as intervenções. Por exemplo, se um dos efeitos secundários da medicação é um risco acrescido de depressão, pode ser difícil distinguir se a depressão recente está associada a maus-tratos ou à medicação. Para este fim, é útil analisar, em primeiro lugar, o registo médico da cliente sobre qualquer historial de doenças crónicas, uso de medicação, uso de produtos naturais e/ou suplementos dietéticos e quaisquer resultados de análises laboratoriais relevantes.

A informação acerca do historial de lesões e doenças é importante. Por exemplo, os registos podem mostrar que uma cliente com contusões graves tem sido tratada várias vezes devido a fracturas ósseas que são relatadas como tendo sido provocadas por quedas acidentais. Esta informação pode sugerir uma situação de violência anterior, bem como elucidar sobre padrões de utilização dos serviços de cuidados de saúde primários ou mudanças frequentes de hospital.

É também importante verificar se a natureza dos sinais está de acordo com a história contada pela cliente, pela pessoa prestadora de cuidados e/ou por familiares. Por exemplo, uma cliente pode referir que foi ao hospital devido a sintomas parecidos com os de uma gripe, mas são detectadas contusões e queimaduras não tratadas no tronco. A pessoa que cuida dela pode responsabilizar a pessoa idosa pelas lesões suspeitas, dizendo que “ela é uma desastrada”. As lesões inexplicáveis aumentam as suspeitas de maus-tratos. É, pois, pertinente, documentar as consistências e discrepâncias observadas²³.



TÓPICO 3 BARREIRAS À INTERVENÇÃO

Nem sempre é fácil para as/os profissionais detectarem violência, devido a situações complexas e pouco claras. Diferentes barreiras contribuem para o facto da violência contra mulheres idosas não ser, muitas vezes, visível. Estas barreiras podem estar do lado da vítima ou do/a agressor/a, mas podem, também, ter origem na/o profissional.

Barreiras por parte da vítima

Com relativa frequência, as mulheres idosas não querem falar acerca dos seus problemas de foro familiar e íntimo. A experiência de violência pode causar sentimentos de vergonha na vítima. Uma das razões pode ser encontrada nos fortes sentimentos de lealdade em relação ao/a agressor/a. Muitas vezes as mulheres idosas desculpabilizam o comportamento do/a eventual agressor/a, particularmente quando se trata do seu parceiro ou da sua parceira, filho ou filha. Nalguns casos, os sentimentos de vergonha persistem, como nos casos de violência em relações de intimidade, em que, também, os/as filhos/as foram confrontados/as com situações de violência e fortes discussões. Outro exemplo é a situação de abuso sexual de crianças em que a mãe não interfere porque tem medo do pai. Estas mulheres idosas têm muitas vezes o sentimento de que têm de desculpar ou corrigir o passado. Por isso, pensam que não têm o direito de agir contra o/a agressor/a.

É, também, muito frequente, que as mulheres idosas dependam do/a agressor/a, já que o/a mesmo/a é muitas vezes a única pessoa que lhes presta cuidados. Agir contra o/a agressor/a pode significar perder os cuidados que este/a lhes presta. Por outro lado, é possível que uma mulher idosa dependente verifique que a prestação de cuidados não está a correr tão bem como devia, embora saiba que a pessoa prestadora de cuidados está a fazer o seu melhor. Isto impede-a de falar com essa pessoa, resignando-se com a situação. Não quebrar o silêncio no que diz respeito à violência pode também dever-se ao medo de conflitos. A vítima receia que a situação se agrave. O/a agressor/a pode reagir agressivamente. Por isso, a vítima tenta evitar mais conflitos.

Por outro lado, as vítimas podem ter medo de perder o controlo da situação. Por vezes as mulheres idosas não têm conhecimento do tipo de apoio que podem obter junto dos serviços de saúde ou sociais. Isto pode levar a situações em que as/os profissionais não consigam construir uma relação de confiança com a mulher idosa. A vítima pode recear que as/os profissionais assumam o controlo e que as decisões sejam tomadas sem ter em consideração os seus desejos e planos.

As pessoas idosas nem sempre estão familiarizadas com os serviços de apoio existentes. Por isso, não sabem a quem pedir ajuda. Nalguns casos, experiências anteriores com serviços de apoio ou pessoas prestadoras de cuidados profissionais podem conduzir à desconfiança (quando, por exemplo, a vítima não foi levada a sério pela pessoa prestadora de cuidados com quem falou acerca do seu problema).

Barreiras por parte do/a agressor/a

Os/as agressores/as tentam normalmente esconder a situação, mantendo as/os profissionais afastados/as ou não os/as deixando sozinhos/as com a mulher idosa. A situação torna-se ainda mais problemática quando a vítima não é capaz de expressar os seus anseios e desejos do ponto de vista físico e mental. As razões são, eventualmente, o receio de ser punida mas também os sentimentos de culpa e vergonha.

Nalguns casos, o/a agressor/a sofre de um problema psiquiátrico. Esta pode ser a razão pela qual não é capaz de controlar as suas acções e emoções. Por vezes, pode não ter plena consciência de que o seu comportamento constitui uma agressão contra a mulher idosa.

Noutros casos, ainda, os comportamentos de violência são motivados por alguma sobrecarga por parte da pessoa prestadora de cuidados e a mulher idosa entende esse facto e não quer causar mais tensões.



Barreiras por parte da/o profissional

Há também factores a nível profissional que tornam difícil a detecção da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Uma situação semelhante pode ser interpretada de forma diferente por duas pessoas. Algumas pessoas são mais sensíveis aos sinais de violência do que outras. Assim, é possível que, apesar de um elemento da equipa conhecer a família há vários anos, não se tenha apercebido de que há uma situação de violência. Por outro lado, outra/o profissional que trabalhe recentemente com a família pode aperceber-se imediatamente de que algo não está bem. Algumas pessoas são melhores a detectar mensagens subtis ou a entender comportamentos não-verbais.

Deve, também, salientar-se que muitas/os profissionais não estão conscientes do problema da violência contra pessoas idosas. É óbvio que não conseguirão identificar os sinais enquanto não souberem o que devem procurar. Costuma-se dizer ‘só podes ver aquilo em que acreditas’.

Outro factor que torna difícil o reconhecimento dos sinais depende do grau de comprometimento em relação à problemática. É difícil lidar com o facto de se ser confrontado/a com a violência contra mulheres idosas. Um possível mecanismo de defesa é simplesmente não acreditar que o problema existe ou que está a acontecer a uma das nossas clientes.

Em muitas situações não é claro se existe ou não violência; chamamos a isto ‘uma zona cinzenta’. Existem, frequentemente, perguntas ou dúvidas. Aqui, os nossos valores e normas desempenham um papel importante: ‘Quem sou eu para comentar o modo como uma pessoa vive?’; ‘É crime se um marido imobilizar a sua mulher demente para ter uns minutos de paz e sossego?’ Isto pode confundir a/o profissional. Uma reacção possível é que a/o profissional evite enfrentar a situação para que não tenha que lidar com o problema.

Como mencionado anteriormente, é óbvio que a violência contra mulheres idosas é um assunto muito sensível. Tanto as vítimas como os/as agressores/as não querem, muitas das vezes, contar os seus problemas. Tudo fica dentro de quatro paredes. É por isso frequente que a/o profissional não tenha facilidade em reconhecer a violência contra pessoas idosas, especialmente quando esta lhe é ocultada.

Por último, mas não menos importante, os serviços de saúde ou de apoio social não querem, muitas vezes, ver o problema. O reconhecimento significaria serem forçadas a dar início a intervenções específicas.

PLANO DE SESSÃO

O/A formador/a deve ter acesso a informação sobre a(s) organização(ões) de pertença das/os formandas/os (nomeadamente quanto à estrutura organizacional, relações com outras organizações/parcerias, etc.) para conduzir esta sessão.

Pressupostos: Se o/a formador/a necessitar de mais exemplos práticos para utilizar neste módulo, pode recorrer a casos seus conhecidos (sem fazer referência a informação de natureza privada e pessoal).

O/a formador/a pode encaminhar os/as formandos/as para serviços de apoio a vítimas de violência, para o serviço de informação a vítimas de violência doméstica ou para a Provedoria de Justiça (Linha do Cidadão Idoso) se tiverem questões específicas acerca de um caso relacionado com a suas experiências pessoais. No entanto, há que ter em mente que é muito importante que os/as formandos/as clarifiquem todos os sinais antes de entrar em contacto com estes serviços.

Distribuição de tempos: Os primeiros 40 minutos são necessários para o tópico sinais/indicadores de violência, os 20 minutos seguintes para o tópico etapas do reconhecimento, os últimos 30 minutos são necessários para o tópico barreiras à intervenção; aspectos legais e os tipos de violência. Dependendo das prioridades dos/as formandos/as, o/a formador/a pode optar por alargar a duração de um exercício e excluir outros exercícios.

Material: O material específico necessário para este módulo está enumerado nos exercícios.

TÓPICO 1 INDICADORES/SINAIS DE VIOLÊNCIA

Em resumo

Neste tópico, os/as formandos/as aprendem, com o apoio de um exercício interactivo, a reconhecer os sinais de violência e a relacioná-los com os tipos de violência.

Objectivos de aprendizagem

- Estimular os/as formandos/as a olharem para um caso visando a identificação e clarificação de sinais de violência;
- Realçar que diferentes pessoas podem identificar diferentes sinais.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentar o estudo de caso e formar pequenos grupos de duas pessoas (<i>slide 4</i>).	5'
Trabalho de grupo (2 pessoas) Estudo de caso; será necessário registarem as 'observações' na folha de registo.	5'
Trabalho de grupo (grupos de 4 pessoas) Junção de pares para partilha de resultados.	10'
Discussão plenária Recolha de resultados no <i>flip-chart</i>	10'
Exposição teórica: Apresentação dos sinais/indicadores (<i>slides 5 -17</i>)	10'

Esta é uma introdução aos sinais e indicadores de violência. Dividir os/as formandos/as em grupos de duas pessoas e dar-lhes um caso escrito.

Caso

Um enfermeiro vai quatro vezes por dia a casa de uma mulher idosa, a D. Ana, para lhe prestar cuidados. Ela tem Parkinson, uma doença degenerativa. Não pode andar e desloca-se em cadeira de rodas. A família não tem uma boa relação com os/as vizinhos/as e o enfermeiro apercebe-se que raramente recebem visitas de pessoas amigas ou da família. Uma vez que o enfermeiro já presta apoio nesta casa há vários anos, tem um bom conhecimento da família.

A D. Ana vive com o seu filho. Ela tem um filho e uma filha. A filha é casada e tem também os/as seus/suas filhos/as. A D. Ana contou ao enfermeiro que a filha tem problemas financeiros. Pede-lhe dinheiro porque acha que a mãe tem o dever de a ajudar. Quando a mãe se recusa a dar-lhe dinheiro, a filha ameaça-a dizendo-lhe que não voltará a ver os/as netos/as. A D. Ana gosta muito do tempo que passa com os/as netos/as. De acordo com ela, a filha só a visita quando precisa de dinheiro. Mas não se preocupa com cuidar da mãe. Acha que o irmão, que ainda vive em casa, é responsável por essa tarefa. A filha acha que é o dever do irmão uma vez que, devido aos seus problemas mentais, sempre teve muito mais atenção por parte da mãe. A filha contou isso uma vez ao enfermeiro, num momento de raiva.

O filho é muito próximo da mãe. Tenta fazer o seu melhor mas tem dificuldades em assegurar todos os cuidados de que a mãe precisa. Devido à fase adiantada em que está a sua doença, a D. Ana tem dificuldade em engolir. É necessária uma sonda mas o filho prefere ajudá-la a comer e a beber, embora a senhora se engasgue muitas vezes. Por isso, a D. Ana não gosta de comer. Perdeu muito peso. O enfermeiro já tentou explicar ao filho o modo como ele tem de dar comida à mãe. Ele reparou que o filho tenta dar-lhe a comida rapidamente, muita de cada vez e muito quente. Quando a senhora se engasga, ele começa a dar-lhe palmadas nas costas. Mas não se apercebe da força que tem, nem de que a mãe é muito mais frágil do que anteriormente e que fica magoada nas costas.

O enfermeiro descreve a casa como tendo mau cheiro e estando suja. Também já encontrou alguma a comida estragada.

De acordo com o enfermeiro, a D. Ana necessita de muitos cuidados a diferentes níveis. O enfermeiro falou com a médica e partilham a opinião de que seria conveniente a mudança para um lar. Já tentou falar com a D. Ana acerca deste assunto. A mulher recusa esta hipótese porque receia que, se deixar de viver em casa, o seu filho seja também forçado a sair. Ela não teria condições para pagar um lar e, por isso, teria que vender a casa. A filha também quer que a mãe continue a viver em casa, para evitar que ela tenha que vender a casa.

Etapas:

Pedir aos/às formandos/as para lerem atentamente o caso (em grupos de duas pessoas) e apontarem quais os tipos de violência contra pessoas idosas que conseguem identificar. Pedir-lhes que apontem os possíveis sinais que conseguem detectar em relação a cada forma de violência. Explicar aos/às formandos/as que têm de apontar todas os tipos que conseguirem identificar. Há cinco pontos que podem ser apontados. Explicar aos/às formandos/as que este número é apenas indicativo, que têm apenas de apontar os tipos e sinais que encontrarem.

De seguida, pedir aos pares que se juntem com outros para formarem grupos de quatro pessoas. Deixar que leiam rapidamente os resultados uns dos outros. Pedir-lhes que prestem atenção e verifiquem se existem diferenças entre os grupos. Se sim, identificar essas diferenças e aprofundar a sua discussão.

Voltar a juntar todo o grupo. Pedir aos grupos que apresentem os seus resultados sumariamente. Permitir que os/as formandos/as discutam em plenário. Fazer uma lista geral dos sinais que os/as formandos/as identificaram. Discuti-la e completá-la com os sinais que faltam.

TÓPICO 2 ETAPAS DO RECONHECIMENTO

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as vão reflectir sobre as suas intuições e percepções quando sentem que algo está errado.

Objectivos de aprendizagem

- Sensibilizar as/os formandas/os para a necessidade de acreditarem nas suas intuições e percepções, nomeadamente quanto à forma como reagem quando a sua intuição lhes diz que algo está errado;
- Capacitar as/os formandas/os para a posterior validação das suas intuições e percepções, de acordo com as várias etapas do reconhecimento.

Métodos e distribuição de tempos

	
Exposição teórica (<i>slide</i> 19)	5'
Exercício 'Pele de galinha: Sinais de alerta de que algo está errado' Trabalho individual - reflexão	5'
Plenário: Recolha de experiências e explicação das etapas do reconhecimento (<i>slide</i> 20)	10'

Começar com uma exposição teórica sobre as etapas do reconhecimento com o apoio do *slide* 19, dando uma explicação sobre o que podem ser sinais de alerta (ver informação adicional no tópico 2).

Pedir aos/às formandos/as que pensem nas suas próprias experiências relativamente a situações em que a intuição lhes disse que algo estava errado. Se estiveram perante uma situação em que suspeitaram haver violência, deixar que pensem acerca desta situação. Se os/as formandos/as nunca viveram situações deste tipo, deixar que pensem acerca de outras situações difíceis que não eram claras.

Perguntar-lhes o que detectaram. Houve alguns sinais de alerta? Foram sinais corporais/físicos ou de outro tipo? Para ilustrar este ponto, pode dar-se o exemplo de que quando se detecta que algo pode estar errado fica-se com "pele de galinha".

Após o exercício, explicar as diferentes etapas do reconhecimento (*slide* 20) (ver informação adicional no tópico 2).

Material didáctico

- *Flip-chart*
- Marcadores

TÓPICO 3 BARREIRAS À INTERVENÇÃO

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as aprendem, através de um pequeno trabalho de grupo, a identificar as razões que levam a vítima hesitar em falar sobre os seus problemas, bem como a conhecer as barreiras que se colocam à intervenção das/os profissionais.

Objectivos de aprendizagem

- Demonstrar aos/às formandos/as que já conhecem bastantes barreiras à intervenção;
- Estimular os/as formandos/as para a reflexão e criação de empatia com a vítima e as/os profissionais.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício 'Sinais de violência' (slides 21-22)	2'
Trabalho de grupo (grupos de 2-3 pessoas) (discussão dos sinais de violência)	5'
Discussão plenária (recolha de resultados no quadro), exposição teórica adicional (slides 23 - 25)	10'
Exposição teórica: breve síntese sobre os aspectos legais e os tipos de violência (slides 26 - 29)	13'

Explicar que uma mulher idosa vítima de violência hesitará em falar acerca do seu problema; pode recorrer a experiências relatadas pelas/os formandas/os.

Pedir às/aos formandas/os que se juntem em grupos de 2 a 3 pessoas.

Deixar que o grupo reflecta sobre as questões seguintes. Os/as formandos/as podem escrever as palavras-chave no documento de apoio. Dizer aos/às formandos/as que as respostas serão discutidas com todo o grupo:

- Consegue pensar em razões que levam a mulher idosa a não querer falar sobre a sua situação?
- Consegue pensar em razões que levam o/a agressor/a a não querer falar sobre a situação?
- Estas (as referidas nas questões anteriores) podem, também, ser razões que influenciam a decisão de 'não intervir' para aqueles ou aquelas que detectam os sinais. Quais são, para si, essas razões?
- Qual poderia ser a barreira que me levaria a ignorar os sinais?
- Qual poderá ser a razão pela qual eu identifiquei sinais que o/a meu/minha colega não identificou?
- Preencher: porque decide (ou pode decidir) não denunciar...
 - aos/às coordenadores/as de equipa da sua organização?
 - a (outros) serviços de apoio?
 - à polícia?

Depois de realizado o trabalho em grupo, os grupos devem apresentar as suas respostas e o/a formador/a deve anotar algumas das respostas. Depois da discussão, o/a formador/a pode passar para o *powerpoint*, explicando as diferentes barreiras.

Material didáctico

- *Flipchart*;
- Canetas e papel;
- Cartões / folhas impressas com as seguintes perguntas:
 - Consegue pensar em razões que levam a mulher idosa a não querer falar sobre a sua situação?

- Consegue pensar em razões que levam o/a agressor/a a não querer falar sobre a situação?
- Estas (as referidas nas questões anteriores) podem, também, ser razões que influenciam a decisão de 'não intervir' para aqueles ou aquelas que detectam os sinais. Quais são, para si, essas razões?
- Qual poderia ser a barreira que me levaria a ignorar os sinais?
- Qual poderá ser a razão pela qual eu identifiquei sinais que o/a meu/minha colega não identificou?
- Porque decide (ou pode decidir) não denunciar...
 - aos/às coordenadores/as de equipa da sua organização?
 - a (outros) serviços de apoio?
 - à polícia?

Notas para o/a Formador/a

Esta é uma boa introdução para passar à parte teórica. Na parte teórica, procure relacionar os resultados do exercício com a teoria.

Respostas possíveis:

- Consegue pensar em razões que levam a mulher idosa a não querer falar sobre a sua situação?
 - Receio de represálias por parte do/a agressor/a;
 - Receio em perder o apoio domiciliário;
 - Vergonha da sua situação de dependência;
 - Lealdade relativamente ao/à agressor/a;
 - Não querer ofender o/a agressor/a;
 - Dependência emocional face ao/à agressor/a (prefere uma má relação a nenhuma relação);
 - Depende da prestação de cuidados do/a agressor/a e tem medo de a perder;
 - Não sabe que pode ter apoio e que a situação de violência pode ser alterada;
 - Limitações na capacidade de se expressar;
 - Medo das consequências, das mudanças (por exemplo, a colocação num lar).
- Consegue pensar em razões que levam o/a agressor/a a não querer falar sobre a situação?
 - Vergonha;
 - Culpa;
 - Problema psiquiátrico;
 - Dependência;
 - Não sabe que está a fazer algo de errado;
 - Sente que a vítima merece. Ajuste de contas com o passado;
 - Depende da vítima e tem receio de perder dinheiro, a casa,...
- Estas (as referidas nas questões anteriores) podem, também, ser razões que influenciam a decisão de 'não intervir' para aqueles ou aquelas que detectam os sinais. Quais são, para si, essas razões?
 - Não sabe como reagir;
 - A vítima não quer fazer nada em relação à situação;
 - A vítima pede-lhe explicitamente para não intervir e diz-lhe que é a única pessoa em quem confia;
 - Medo de perder a confiança da vítima e de ser expulso/a;
 - Ser intimidado/a pelo/a agressor/a;
 - Não tem autorização do/a coordenador/a de equipa para intervir;
 - Não tem tempo;
 - Tem receio de piorar a situação;
 - Sente que não vale a pena. Não vai mudar nada.
- Qual poderia ser a barreira que me levaria a ignorar os sinais?
 - Não ter familiaridade com o problema 'violência contra mulheres idosas';
 - Conflito com a minha visão do mundo;

- Não ser claro se existe ou não violência;
 - A violência fica dentro de quatro paredes;
 - Alguns sinais são vagos;
 - Não estar familiarizado/a com a situação;
 - Falta de tempo;
 - Primeira vez numa situação de presumível violência contra mulheres idosas.
- Qual poderá ser a razão pela qual eu identifiquei sinais que o/a meu/minha colega não identificou?
 - Algumas pessoas são mais sensíveis aos sinais de violência do que outras;
 - Estar habituado/a à situação;
 - Diferentes valores e normas;
 - Maior experiência de trabalho;
 - Já ter visto outras situações de violência contra mulheres idosas;
 - Saber o que procurar.
- Porque decide (ou pode decidir) não denunciar...
 - aos/às coordenadores/as de equipa da sua organização?
 - Não há muita margem para falar com a coordenação da equipa sobre a situação. Durante as reuniões, há muitos assuntos a serem discutidos (como a distribuição do trabalho) e não há tempo disponível;
 - Ter a sensação de que a coordenação não compreende a situação;
 - Ter a sensação de que a coordenação não quer intervir.
 - a (outros) serviços de apoio?
 - Confidencialidade;
 - Receio da reacção da vítima e/ou do/a agressor/a;
 - Desconhecimento quanto a serviços de apoio;
 - Querer ser o/a próprio/a a resolver a situação;
 - Falta de confiança nos outros serviços;
 - Não ter autorização da própria organização;
 - à polícia?
 - Confidencialidade;
 - Receio de não ter controlo sobre a situação;
 - Receio da reacção da vítima e/ou do/a agressor/a;
 - Falta de confiança na polícia;
 - Receio de que a polícia não responda ou não o faça correctamente.

Breve síntese sobre os aspectos legais

Como formador/a, não tem de referir exhaustivamente todos os aspectos legais no decurso deste módulo (essa será matéria abordada com maior rigor no módulo 6). Mas é extremamente relevante que faça referência ao texto de apoio (vide texto de apoio *Breve síntese sobre os aspectos legais*) para que as/os formandas/os adquiram uma visão global e exhaustiva sobre os aspectos legais, percorrendo os *slides* 26 a 29. Ainda, encontrará informação sobre estes aspectos no decurso do tópico 1.

O CASO DA D. ANA

FOLHA DE REGISTO

Anote qual(quais) o(s) tipo(s) de violência que consegue detectar bem como os possíveis sinais que consegue detectar, relacionando-os com o(s) tipo(s) de violência.

Tipo de violência detectada	Possíveis sinais
1. _____	<ul style="list-style-type: none"> • _____ _____ _____ _____ _____
2. _____	<ul style="list-style-type: none"> • _____ _____ _____ _____ _____
3. _____	<ul style="list-style-type: none"> • _____ _____ _____ _____ _____
4. _____	<ul style="list-style-type: none"> • _____ _____ _____ _____ _____
5. _____	<ul style="list-style-type: none"> • _____ _____ _____ _____ _____



- Medo;
- Fuga ao contacto verbal ou físico;
- A mulher idosa vive isolada;
- Pouco contacto visual, natureza introvertida;
- Depressão;
- Demonstração de medo/receio na interacção com a pessoa prestadora de cuidados.
- Comportamento estranho quando a mulher idosa está com a pessoa prestadora de cuidados;
- A mulher idosa tem um baixo nível de auto-estima e de respeito por si própria;
- Historial de insónias, privação de sono, sonolência excessiva;
- Sentimentos de impotência e desespero;
- Excesso de ansiedade ou introversão passiva;
- Grandes alterações de peso;
- Respeito extremo pelo/a agressor/a ao responder a perguntas simples;
- Perda de interesse pelas actividades quotidianas, desespero, desorientação;
- Comportamento suicida;
- Alterações drásticas de humor;
- Negação de tensões quando as mesmas são claramente visíveis;
- Agitação, nervosismo;
- Impotência, incapacidade para fazer escolhas ou tomar decisões sem consultar o/a agressor/a;
- Confusão, frases contraditórias e outras discrepâncias resultantes de confusão mental.

Violência sexual

A violência sexual sobre mulheres idosas constitui, ainda, um tabu. A sociedade não tem em consideração que as mulheres idosas podem tornar-se vítimas de violência sexual devido aos estereótipos relacionados com a imagem da mulher idosa como já não sendo sexualmente atractiva. As vítimas de violência sexual, particularmente em idades mais velhas, têm muitas vezes sentimentos de vergonha e, por vezes, de culpa. Estes sentimentos são ainda mais fortes quando o/a agressor/a é um familiar próximo da mulher idosa.

Os sinais de violência sexual incluem contusões nos seios ou nos órgãos genitais, doenças sexualmente transmitidas ou infecções genitais inexplicadas, hemorragias vaginais ou anais inexplicadas. Adicionalmente, roupa interior manchada ou ensanguentada pode ser um indicador de violência sexual repetida contra a mulher idosa.

Alguns outros sinais podem ser:

- Incidência de doenças sexualmente transmitidas;
- Infecções genitais repetidas;
- Odor pouco usual.

Para além da situação física da mulher idosa que é abusada sexualmente, há outros sinais que apontam na direcção do abuso sexual:

- Comportamentos estranhos por parte da cliente, tais como despir-se sem que isso lhe seja pedido;
- Queixas frequentes de dores de barriga;
- Dificuldade em andar ou sentar-se;
- Alterações de comportamento pouco claras, tais como agressividade, desinteresse ou auto-mutilação;
- Recusa em despir-se para ser lavada;
- Relação de afectividade estranha em relação ao/à possível agressor/a.

Exploração financeira/Violência Económica

A exploração financeira é difícil de provar mas, de qualquer modo, há sinais que indicam a sua ocorrência. A exploração financeira vai muito para além do furto de dinheiro ou de bens. Geralmente, as pessoas não gostam de falar sobre a sua situação financeira. As/os profissionais não têm geralmente um conhecimento



detalhado sobre a situação financeira da mulher idosa. Alguns dos sinais que apontam para a exploração financeira podem apenas indicar uma situação financeira precária da mulher idosa.

Podem ocorrer os seguintes sinais:

- Desaparecimento súbito de objectos de valor de casa;
- A mulher idosa altera o seu testamento subitamente;
- Ocorrem actividades suspeitas no que diz respeito à sua conta bancária;
- Após a saída da mulher idosa do hospital, a procuração (que passou aos/às filhos/as caso algo não corresse bem) não é anulada;
- As assinaturas nos cheques e noutros documentos não coincidem com a assinatura da mulher idosa;
- Há uma mudança súbita de banco (as mulheres idosas não mudam de banco normalmente, excepto se são instadas a fazê-lo);
- A mulher idosa tem problemas em pagar a electricidade, o gás e a água, embora o valor da sua pensão de velhice ou reforma seja suficiente;
- Normalmente, a mulher idosa gere bem a sua conta bancária mas agora está a levantar mais dinheiro do que é habitual;
- A mulher idosa usa frequentemente roupa que não é apropriada para a estação ou roupa em mau estado;
- A mulher idosa mostra sinais de desnutrição e/ou desidratação, ou não toma a medicação necessária pois esta é inexistente na casa;
- Ausência dos electrodomésticos necessários;
- Falta de dinheiro para despesas imprevistas e tratamentos médicos;
- A mulher idosa não está autorizada a gerir o seu próprio dinheiro;
- A mulher idosa não consegue encontrar as suas jóias e os seus bens pessoais;
- A pessoa prestadora de cuidados só está interessada na situação financeira da mulher idosa.

Negligência

As situações de negligência de uma mulher idosa podem ser identificadas, nomeadamente através de um conjunto de sinais físicos. Os sinais mais importantes são a desnutrição e uma perda de peso acentuada, uma higiene pessoal deficitária e um modo de vestir inadequado, problemas de saúde não acompanhados/tratados, falta de comparência a consultas médicas, má administração de medicamentos ou a completa falta de acompanhamento médico. Outro conjunto de sinais diz respeito às condições de vida da mulher idosa e inclui condições de vida inseguras ou insalubres.

Assim, relativamente à negligência, podem ser detectados os seguintes sinais:

- Mau cheiro pode indicar falta de higiene ou falta de ajuda;
- Existência de, por exemplo, piolhos, baratas, ratos ou ratas;
- O que está avariado não é reparado;
- Roupa inadequada para a estação do ano;
- Falta de roupa lavada;
- Pouca comida, de fraca qualidade ou sempre a mesma comida em casa;
- Instalações sanitárias que não funcionam;
- Falta de próteses dentárias, óculos, aparelhos auditivos ou equipamentos auxiliares da mobilidade;
- Praticamente nenhum mobiliário em casa, casa degradada, estores sempre fechados, excrementos de animais e outros detritos pela casa;
- A mulher vive muito isolada socialmente.

Para além da higiene pessoal e da casa, há vários outros sinais relacionados com a saúde pessoal que podem indicar negligência:

- Problemas crónicos de saúde;
- Repetidas admissões no hospital devido a falta de vigilância do estado de saúde;
- Dentes a cair;



- Problemas físicos persistentes que podem indicar ausência de toma ou toma por excesso/por defeito/irregular dos medicamentos prescritos;
- Problemas médicos que permanecem sem tratamento por um longo período;
- Problemas de pele;
- Ardor ao urinar;
- Sinais de desnutrição ou desidratação;
- Medicação inapropriada (excesso/defeito): indicadores possíveis - alterações na capacidade mental ou física e declínio do estado geral de saúde: por exemplo, confusão, falta de equilíbrio, quedas, depressão, incontinência recente e/ou agitação.

Sinais transmitidos pelo/a agressor/a

Também o comportamento do/a agressor/a pode indicar situações da violência. Situações que ocorrem com alguma frequência e que se constituem como sinais mais visíveis são:

- A mulher idosa está a ser vítima de chantagem emocional, por exemplo, os/as filhos/as ameaçam-na de que não a vão visitar;
- São proibidas as visitas, sociais ou de profissionais, à casa da mulher idosa;
- O/a agressor/a tem um comportamento ofensivo através do qual desrespeita a a mulher idosa e ignora a sua dignidade (por exemplo, ignorando-a numa conversa);
- Intimidação, colocando, por exemplo, o telefone fora de alcance;
- O correio pessoal é retido;
- O/a agressor/a aparece sem ser convidado/a e sem bater à porta do quarto da mulher idosa; não respeita a privacidade da mulher idosa;
- A mulher idosa sempre teve um *passatempo* fora de casa mas agora não lhe é permitido sair;
- As pessoas prestadoras de cuidados, os/as familiares ou amigos/as assumem o processo de tomada de decisões. Respondem pela mulher idosa apesar de ela ser capaz de o fazer por si própria.

Importa considerar que tomar conta de uma pessoa idosa dependente pode consumir muita energia. Existe a possibilidade de as pessoas prestadoras de cuidados ficarem sobrecarregadas. Os factores de risco não são sinais ou indicadores de violência mas podem constituir-se como causas para a violência; é, por isso, aconselhável estar atento/a e intervir nos casos em que as pessoas prestadoras de cuidados estão sobrecarregadas. As/os profissionais devem prestar atenção aos seguintes aspectos que podem conduzir a uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidade:

- Não ter tempo livre/dispensas do trabalho;
- Não ter uma efectiva rede de apoio;
- O grau de dependência entre a pessoa prestadora de cuidados e a mulher a quem os cuidados são prestados;
- Inexistência de um apoio externo continuado;
- Prestação de cuidados que envolve tarefas pesadas;
- Forte dever moral de prestar cuidados;
- Doença ou dependência da mulher idosa não reconhecida.

Sinais transmitidos pelo meio envolvente

As alterações nos modos de vida ou na estrutura familiar podem ser foco de tensão. Por vezes, estas tensões podem conduzir à violência. Algumas destas alterações estão listadas abaixo. Esta não é uma lista exaustiva. A percepção de que uma alteração é, ou não, relevante varia, obviamente, de pessoa para pessoa. Estes factores não são sinais de violência mas sim factores de risco que devem ser tidos em consideração, tais como:

- Mudança de casa;
- Venda da casa;
- Morte do/a marido/companheiro/a;
- Reforma – do marido/companheiro ou de quem presta cuidados.



TEXTO DE APOIO 2

SINAIS DE VIOLÊNCIA / DE ALERTA

Sinais de alerta relativamente a relações violentas

A seguir apresenta-se uma lista de sinais de alerta para relações potencialmente violentas; os sinais são apresentados como linhas orientadoras, aos quais se deve ter atenção, sem que se proceda a quaisquer juízos de valor em relação a outras pessoas, relações familiares ou situações.

Questionar relacionamentos com parceiros/as que:

- Abusam do consumo de álcool e/ou de drogas.
- Têm um historial de problemas criminais, de participação em rixas ou de arrombamento e destruição de propriedades/bens e pertences.
- Não trabalham nem tiveram um percurso laboral muito contínuo.
- Maltratam irmãos/irmãs, outros membros da família, crianças ou animais.
- Humilham as pessoas, incluindo familiares e amigos/as, ou estão constantemente a chamar-lhes nomes.
- Estão sempre zangados/as com alguém ou alguma coisa.
- Tentam isolar e controlar o que o/a parceiro vê e onde vai.
- Forçam o/a parceiro/a a comportamentos sexuais não desejados.
- Enganam o/a parceiro/a ou têm muitos/as parceiros/as.
- São fisicamente agressivos/as para com o/a parceiro/a (empurram, puxam, agarram, apertam, prendem).
- Tiram dinheiro ao/à parceiro/a ou aproveitam-se dele/a de outras formas.
- Acusam o/a parceiro/a de se “atirar” a outras pessoas ou acusam-no/a de os/as enganar.
- Não ouvem o/a parceiro nem mostram interesse nas suas opiniões ou sentimentos.
- As coisas têm de ser feitas à sua maneira.
- Ignoram o/a parceiro, não lhe dirigem a palavra ou deixam-no/a sozinho/a.
- Mentem ao/à parceiro/a, faltam aos encontros e podem até desaparecer durante dias.
- Observam ou fazem comentários obscenos acerca de outras pessoas na presença do/a parceiro/a.
- Culpam o/a parceiro/a de todas as discussões e problemas.
- Dizem ao/à parceiro/a como se vestir e agir.
- Ameaçam suicidar-se se o/a parceiro/a puser fim à relação.
- Têm mudanças de humor extremas. Por exemplo, dizem ao/à parceiro/a que é o/a melhor num minuto e destroem-no/a no minuto seguinte.
- Dizem ao/à parceiro/a para se calar ou que é parvo/a, estúpido/a, gordo/a ou chamam-lhe qualquer outro nome (directa ou indirectamente).
- Comparam o/a parceiro/a com anteriores relacionamentos.

Algumas outras pistas que podem indicar uma relação violenta incluem:

- Sentir medo de pôr termo à relação.
- Sentir-se preso/a, sentir que tem de estar sempre presente.
- Ter receio de tomar decisões ou de falar sobre certos assuntos com medo de que a outra pessoa se zangue.
- Dizer a si mesma/o que se se esforçar mais e amar o/a seu/sua parceiro/a o suficiente tudo correrá bem.
- Chorar muito ou estar deprimido/a ou infeliz.
- Estar preocupado/a e obcecado/a sobre como agradar ao/à parceiro/a e mantê-lo/a feliz.

Adaptado do *Domestic Abuse Project* (<http://www.domesticabuseproject.org>).

NOTAS DE FIM

- 1) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006: 18-20).
- 2) Este tópico baseia-se em Supporting Point Elderly Abuse Province of Antwerp (2007) e em Van Den Bossche, F. (2005).
- 3) Os sinais e indicadores seguintes foram adoptados da *International Association of Forensic Nursing* (2003).
- 4) *International Association of Forensic Nurses* (2003).
- 5) Mark Lachs & Karl Pillemer (2004).
- 6) Nursing response to elder mistreatment curriculum (2003).
- 7) Ver, por exemplo, escala de depressão MDS de Burrows et al., 2000.
- 8) Heise, Lori L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (Centre for Health and Gender Equity (CHANGE)) (Hg.) (1999).
- 9) Idem.
- 10) Nursing response to elder mistreatment curriculum (2003).
- 11) Idem.
- 12) Idem.
- 13) Council Against Abuse of Older Adults et al. (Hamilton, ON).
- 14) Adaptado do *Domestic Abuse Project* (<http://www.domesticabuseproject.org>).
- 15) <http://womens-health.health-cares.net/aging-symptoms.php>
- 16) Adriaensen (2005: 33).
- 17) Idem, p. 43.
- 18) Idem, p. 44.
- 19) INSA e INE (2009) 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/06. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/Cuidados.pdf>
- 20) http://helpguide.org/mental/depression_elderly.htm
- 21) Baseado em Van Den Bossche (2005: 16-18).
- 22) *International Association of Forensic Nurses* (2003).
- 23) Idem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bakker, H. Beelen, J. Nieuwenhuizen, C. (1999). De au van ouderdom. Ouderenmishandeling, perspectieven voor hulpverlening. NIZW. Utrecht

Domestic Abuse Project (2010). RED FLAGS for abusive relationships. Disponível em: <http://www.domesticabuseproject.org> (16 Março 2011)

Gisle, L. (2008). Mental Health. Disponível em: <http://www.wisp.be/epidemiopinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/7.mentale%20gezondheid.pdf> (16 Março 2011)

Health-cares.net (2005). What're signs and symptoms of aging? Disponível em: <http://womens-health.health-cares.net/aging-symptoms.php> (16 Março 2011)

Heise, Lori L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (Centre for Health and Gender Equity (CHANGE) (Hg.) (1999): Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. Disponível em: <http://info.k4health.org/pr/11/violence.pdf> (16 Março 2011)

IAFN – *International Association of Forensic Nurses* (2003). Nursing Responses to Elder Mistreatment. An Education Curriculum, IAFN, Arnold

International Association of Forensic Nurses (2003). Nursing Response to Elder Mistreatment curriculum. Module 7. Disponível em: <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=471> (20 Abril 2011)

Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *Lancet*. 2004; 304: 1236-1272.

Molemans, M. (2010). Dementie. Je staat er niet alleen voor. Hasselt. Provinciale dienst ouderen

Provincie West-Vlaanderen Ouderenmis(be)handeling. Juridische aspecten. Leidraad. Disponível em: http://www.west-vlaanderen.be/kwaliteit/Welzijn/senioren/ouderenmishandeling/Documents/welzijn_zorg/ouderenmishandeling/juridisch_leidraad_inhoud.pdf (20 Abril 2011)

S.n. Draaiboek ouderenmis(be)handeling. (2007). Syllabus bij de training ?aanpak en preventie bij ouderenmis(be)handeling in de familiale sfeer? Steunpunt ouderenmis(be)handeling. Provincie Antwerpen
Smith, M. Segal, J. (2011). Depression in Older Adults and the Elderly. Disponível em: http://helpguide.org/mental/depression_elderly.htm (16 Março 2011)

The Center for Health and Gender Equity (CHANGE) (1999). Ending Violence Against women. Disponível em: <http://info.k4health.org/pr/11/violence.pdf> (16 Março 2011)

Van Den Bossche, F. (2005), Leidraad aanpak ouderenmis(be)handeling. Steunpunt ouderenmis(be)handeling Oost-Vlaanderen, CAW Zuid-Oost Vlaanderen

Van Den Bossche, F. (2005), Leidraad vroegdetectie ouderenmis(be)handeling. Vlaams Meldpunt ouderenmis(be)handeling. Steunpunt ouderenmis(be)handeling Oost-Vlaanderen, CAW Zuid-Oost Vlaanderen

MÓDULO 5

Abordagem da violência

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Abordagem da violência com a vítima	pág. 04	pág. 12	pág. 19
TÓPICO 2 Dificuldades que podem surgir ao abordar a vítima	pág. 07	pág. 16	pág. 20
TÓPICO 3 Abordagem da violência com o/a agressor/a	pág. 10	pág. 18	

Recomendações para leituras adicionais pág. 24

Referências bibliográficas pág. 24

INTRODUÇÃO

O objectivo do módulo 5 - segundo na temática da “cadeia de intervenção”, depois do “reconhecimento” - é a aquisição de conhecimentos sobre como abordar a violência com a vítima e em relação / ou com o/a agressor/a. Trata-se de um tema muito importante, embora os/as formandos/as tenham de ter presente que a divisão da “cadeia de intervenção” em vários temas isolados é artificial, uma vez que, na realidade, todos os temas serão relevantes em simultâneo (serão apresentados exercícios sobre toda a cadeia de intervenção no módulo 9). No presente módulo serão dadas respostas às questões sobre quem deve ser abordado face ao reconhecimento de uma situação de violência, quais os pré-requisitos a ter em consideração e quais as dificuldades que podem ocorrer. Os pré-requisitos são competências de comunicação específicas e o conhecimento de regras básicas de comunicação.

Os/as formandos/as devem ter sempre presente que, em toda a cadeia de intervenção, a informação, a consulta e a discussão com os/as coordenadores/as de equipa e com colegas é de grande importância. Os elementos da equipa não devem dar início a nenhuma intervenção espontânea sem consultarem previamente a respectiva organização. Existe um pré-requisito básico para todas as sugestões seguidamente apresentadas: os elementos da equipa não devem intervir sozinhos. A única excepção a esta regra é em situações de emergência.

Os seguintes princípios¹ devem orientar a resposta à violência e à negligência contra pessoas idosas em geral:

- A segurança da pessoa idosa deve ser uma prioridade;
- Qualquer intervenção feita não deve causar mais danos;
- O elemento da equipa não deve agir isoladamente;
- As/os clientes devem ser apoiadas/os e empoderadas/os;
- Os valores das/os clientes devem ser respeitados;
- Deve fazer-se uma abordagem interdisciplinar.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Habilitar os elementos das equipas de serviço social e de saúde a intervir após o reconhecimento da violência contra uma mulher idosa;
- Habilitar os elementos das equipas de serviço social e de saúde a abordar o problema com a mulher idosa vítima de violência, o/a agressor/a e outras pessoas relevantes;
- Habilitar os elementos das equipas de serviço social e de saúde a avaliarem se, e em que casos, a abordagem é importante e, em que casos, pode potenciar danos acrescidos;
- Sensibilizar os elementos das equipas para as dificuldades com que se podem deparar e para o modo como devem lidar com elas;
- Sensibilizar os elementos das equipas para o comportamento e respostas típicas do/a agressor/ e para o modo como devem lidar com elas.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Abordagem da violência com a vítima	40'
Apresentação dos objectivos do módulo, tópicos abordar e relevância dos respectivos conteúdos	
<p>Exercício 1: “Abordagem da violência com a vítima”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e formação dos grupos • <i>Role play</i> em pequenos grupos <p>Discussão em plenário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolher todos os “como não fazer” no quadro; • Resumir os principais “como fazer” e priorizá-los <p>Consolidação de conhecimentos através de visualização de <i>slides</i></p>	
TÓPICO 2 Dificuldades que podem surgir ao abordar a vítima	20'
<p>Exercício 2: <i>Brainstorming</i> acerca das experiências de cada um/a relativamente a possíveis dificuldades na abordagem</p> <p>Resumo das principais dificuldades</p>	
<p>Discussão em plenário: possíveis soluções e as experiências de cada um/a</p> <p>Completar informação eventualmente não coberta</p>	
TÓPICO 3 Abordagem da violência com o/a agressor/a	30'
<p>Exposição sobre formas de abordagem ao agressor</p> <p>Discussão em plenário sobre quando e como pode ser útil a abordagem ao/à agressor/a</p>	



TÓPICO 1 ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA COM A VÍTIMA

A abordagem da violência com uma mulher idosa vítima é um tema crucial mas também muito sensível. Geralmente, o/a profissional de serviço social ou de saúde tem uma primeira suspeita devido a um ou mais sinais de violência (ver módulo 4). O elemento da equipa irá discutir a sua suspeita com o/a seu/sua coordenador/a de equipa e/o com os/as seus/suas colegas e, depois de tomar uma decisão concertada, tentará uma abordagem cautelosa do assunto ou delegará esta responsabilidade noutra pessoa. O objectivo da abordagem do assunto com as pessoas envolvidas tem várias dimensões. Numa primeira instância, a abordagem tem por objectivo investigar a suspeita mais aprofundadamente e tentar analisar a dimensão da violência e o risco imediato de segurança (mais informação sobre segurança disponível no módulo 6). Na segunda etapa, é importante tentar perceber qual a vontade e necessidades da vítima e explicar-lhe que existe ajuda disponível. Finalmente, o objectivo é discutir (se possível) com a mulher idosa qual o tipo de intervenção que seria útil e que melhor a apoiaria. Estes últimos aspectos serão tratados em detalhe no módulo 6. No módulo 5 o enfoque é dado à questão central: COMO abordar este assunto.

A abordagem deste assunto em relação a uma potencial vítima é uma tarefa frequentemente entendida como muito difícil pelos elementos da equipa. Hesitam frequentemente em tomar a iniciativa já que não querem arriscar quaisquer “suspeitas erradas” que possam conduzir a acusações e a calúnias. Têm, também, receio de magoar ainda mais a mulher e de provocar a rejeição ou emoções fortes devido à abordagem de um assunto que está fortemente ligado ao medo, à vergonha e à culpa. E, finalmente, têm receio de perder uma cliente que pode sentir-se ofendida pelas suas perguntas. Em todo o caso, é essencial abordar a suspeita. E em cada situação, terá de decidir-se quem deve falar sobre a suspeita de violência contra uma mulher idosa.

Todas as organizações que trabalham no campo da prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas idosas no domicílio devem definir procedimentos em caso de violência. Não será necessariamente o elemento da equipa que trabalha em casa da mulher idosa a liderar as intervenções. E pode ser aconselhável incluir outros elementos da equipa no caso. Existem, contudo, situações em que membros da equipa que não esperariam ter de falar com as suas clientes, ou com as pessoas que lhes prestam cuidados, acerca de assuntos relacionados com a violência, podem ser confrontados com uma situação em que a abordagem não pode ser evitada.

Assim, é importante que todos os elementos da equipa estejam, pelo menos, familiarizados com alguns conhecimentos e informação básica sobre o tema da abordagem.

É necessário saber como iniciar uma conversa sobre o tema e não esperar até que seja a mulher idosa a falar sobre o assunto. Sabe-se, através de estudos feitos sobre violência doméstica, que as mulheres vítimas de violência não tomam frequentemente a iniciativa de falar sobre a situação mas sentem-se aliviadas quando um elemento do sistema de prestação de cuidados de saúde ou de apoio social aborda o assunto cuidadosamente e lhes dá a oportunidade de falarem sobre o mesmo².

Contudo, antes de abordar o tema, os seguintes pontos devem ser tidos em consideração: em primeiro lugar, todos/as os/as profissionais de serviço social e de saúde devem assegurar-se de que abordam o assunto quando estão sozinhos/as com a potencial vítima (nota: se um/a familiar nunca deixa a cliente sozinha com o elemento da equipa, isso pode ser indicativo de uma relação violenta). Antes de abordar o assunto com a mulher idosa é importante criar uma atmosfera de confiança e confidencialidade com antecedência suficiente para que a mulher idosa se sinta respeitada, confortável e sinta que as suas decisões são respeitadas³.

Os autores de *Pro Train* definiram as seguintes regras de intervenção⁴:

- Nunca aconselhar uma mulher a abandonar o seu parceiro ou filho/a (agressor/a);
- Demonstrar à mulher que acredita nela;
- Nunca se deixar cair na tentação de agir como mediador/a;



Obviamente, só devem ser utilizadas as perguntas que se aplicam à situação específica. Os exemplos devem sobretudo destacar o facto de que as perguntas directas sobre o acontecimento não são, muitas vezes, evitáveis.

Caso a violência seja denunciada, é aconselhável acrescentar perguntas acerca do acto de violência em concreto⁸:

- Pode dar-me um exemplo?
- Como foi que se passou?
- Quando se passou?
- Onde se passou?
- Quem esteve envolvido?

De um modo geral, é muito importante ouvir activamente a história da pessoa e reconhecer o que ela lhe contou. Os elementos da equipa devem transmitir empatia, não emitir juízos de valor e não culpabilizar ninguém⁹.

As pessoas que abordam a violência não devem usar frases que façam a vítima sentir-se culpada ou forçada a alterar uma situação que (ainda) não se sente capaz de alterar. É de grande ajuda para a vítima perceber que o elemento da equipa a está a levar a sério e que está a seu lado, mas que não está chocado. Também as ajuda perceberem que há outras mulheres na mesma situação.

Podem ser utilizadas as seguintes frases¹⁰:

- Isso deve ter sido terrível. É uma pessoa muito forte para ter sobrevivido a uma situação dessas.

Validação:

- Não está sozinha - há outras pessoas que também vivem situações de violência doméstica.
- Não tem culpa da violência.
- Não merecia nem provocou a violência. Estas situações nunca se justificam.
- As suas reacções são uma resposta normal ao trauma.

Informação:

- Posso procurar ajuda para si e para a sua família/pessoa prestadora de cuidados.
- Tem o direito de viver livre do medo e da violência.
- O que lhe estão a fazer é um crime. Não é um assunto privado ou da esfera familiar.

“A revelação da violência é uma etapa difícil. Muitas vítimas sentem vergonha e culpa, tendo-lhes sido dito pelo/a agressor/a que elas são as responsáveis pela violência que estão a viver. São necessárias mensagens claras para tranquilizar as vítimas de violência e dizer-lhes que não estão em falta e que há ajuda disponível. A transmissão destas mensagens pelas pessoas prestadoras de cuidados de saúde é um dos contributos mais importantes dados por estes profissionais”¹¹.

Nos casos em que a violência é denunciada, uma intervenção mais aprofundada depende da vontade da cliente em alterar a situação e da sua vontade para a intervenção (informação adicional sobre este tema disponível no módulo 6).

Os exemplos acima descritos são um modelo da “entrevista ideal”. No entanto, muitas vezes, o processo não é assim tão fácil. Podem surgir várias dificuldades:



doméstica (ver também os módulos 3 e 4). A demência pode provocar comportamentos imprevisíveis ou repetitivos, erráticos ou agressivos, bem como importantes mudanças de personalidade que fazem aumentar a probabilidade de sobrecarga e frustração¹⁷. Para mais informações sobre demência consultar as recomendações para leituras adicionais no final deste módulo.

A utilidade da abordagem directa a estas vítimas depende muito do seu grau de demência. Todas as mulheres idosas com uma ligeira deficiência cognitiva devem ser abordadas directamente, caso existam suspeitas¹⁸. As pessoas nesta situação podem esquecer-se de muitas coisas mas são capazes de denunciar experiências de maus-tratos, medo e vergonha. Estas situações podem ser especialmente problemáticas porque é muito provável que ninguém acredite na história de uma pessoa que sofre de demência quando acusa um familiar de a mal-tratar. O elemento da equipa deve, em conjunto com o/a seu/sua coordenador/a, decidir, em cada caso, se é ou não útil abordar directamente a cliente ou, em vez disso, concentrar-se nouro tipo de intervenção (como a procura de um/a tutor/a designado nos termos da lei - informação adicional sobre este assunto disponível no módulo 7).

No caso da abordagem a uma mulher com deficiência cognitiva, as perguntas devem ser muito simples e directas. Faça perguntas que abordem apenas um assunto e evite perguntas com respostas alternativas. Não faça perguntas tendenciosas que, de algum modo, sugiram uma resposta¹⁹. Fale devagar e pausadamente. Evite fazê-la sentir-se como se estivesse num exame e pare de fazer perguntas quando ela ficar nervosa. Em muitos casos, as pessoas que sofrem de um grau elevado de demência não conseguem compreender os conteúdos das frases e das perguntas. Logo, a componente emocional da comunicação adquire uma importância acrescida. Deverá pois falar em voz calma, utilizando gestos, mímica e uma expressão corporal que permita clarificar as suas intenções. Se a mulher idosa tem um acentuado grau de demência, é importante falar com outra pessoa, que não seja o/a agressor/a ou, se já existir, com o/a tutor/a legalmente designado/a. Nestes casos, é importante tentar intervir de acordo com a suposta vontade da cliente. Isto pode ser aferido descobrindo as preferências da cliente, perguntando a outras pessoas ou procurando quaisquer documentos legais ou menos formais que a mesma possa ter preparado²⁰.

Vítimas que nunca são deixadas sozinhas pelo/a agressor/a

Existem situações em que as clientes nunca são deixadas sozinhas pelos/as seus/suas familiares prestadores/as de cuidados. Isto pode ser um indicador de violência (embora, evidentemente, não tenha necessariamente de o ser). Se tem suspeitas, seja criativo/a e tente encontrar uma maneira de falar com a cliente sozinho/a, por exemplo pedindo ao/à familiar que vá buscar algo a outra divisão da casa ou a uma loja. Mas também pode ajudar se existirem dois elementos da equipa a visitar a casa. Um deles pode iniciar uma conversa com o/a potencial agressor/a enquanto o outro pode, ao mesmo tempo, falar com a cliente. Nunca aborde o tema da violência quando o/a suspeito/a agressor/a estiver por perto!²¹ (ver também o módulo 6 para informação mais detalhada).

Vítimas com percurso migratório e barreiras linguísticas

As clientes com um percurso migratório pertencem a um grupo vulnerável, especialmente nos casos em que não falam a língua do país onde estão. Se suspeitar de violência mas não for capaz de estabelecer uma comunicação adequada com a cliente, será de grande importância visitá-la com outro membro da equipa que saiba falar a língua ou pedir a um/a tradutor/a externo/a que o/a acompanhe. É muito comum, no sector da prestação de cuidados de saúde, recorrer a familiares próximos, nomeadamente, os parceiros ou os/as filhos/as como intérpretes, quando não existem intérpretes oficiais disponíveis. No caso de suspeita de uma situação de violência não é aconselhável envolver familiares próximos. Se não encontrar uma solução, pode contactar o serviço de informação a vítimas de violência doméstica (800 202 148) ou recorrer a outra organização de apoio a vítimas de violência doméstica e solicitar aconselhamento. Muito frequentemente, estas organizações têm, pelo menos, folhetos nas línguas mais comuns dirigidos às mulheres que sofrem de violência em relações de intimidade e podem também conhecer intérpretes oficiais. As organizações de aconselhamento e apoio aos imigrantes podem também ser contactos úteis para, por exemplo, encontrar um intérprete²².

**TÓPICO 3 ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA COM O/A AGRESSOR/A**

A abordagem com o/a agressor/a é um tema difícil. Por um lado, pode ser útil inclui-lo/a em intervenções mais aprofundadas e confrontá-lo/a com o assunto. Por outro, em muitos casos, não é aconselhável que os elementos da equipa abordem o/a agressor/a já que isso pode causar mais danos à vítima idosa ou colocar o elemento da equipa em perigo. Os/as agressores/as que se sentem “encostados/as à parede” podem tornar-se muito perigosos/as e deve assumir-se que irão punir a vítima por tê-los/as exposto.

Abordar o/a agressor/a é aconselhável e parece ser útil nos casos em que a violência não é intencional e está ligada a situações de prestação de cuidados desgastantes e que constituem uma grande sobrecarga. Nestes casos, o apoio activo à pessoa prestadora de cuidados pode melhorar a situação e falar com essa pessoa acerca do tema pode ajudar. Isto terá de ser feito de forma a não colocar o/a agressor/a sobre pressão.

Antes de abordar um/a agressor/a seja muito cuidadoso/a e tente sempre avaliar o risco envolvido (informação adicional disponível no módulo 6). Se possível, os elementos da equipa devem falar com os seus coordenadores antes de abordarem os/as agressores/as. Nalguns casos isto pode não ser possível (ver módulo 7). Em muitas situações pode ser aconselhável proceder a uma visita à casa, juntamente com outro elemento da equipa ou com um elemento de outra organização (informação adicional nos módulos 6 e 7). Se não tem a certeza de como reagir, pode ser aconselhável contactar o serviço de informação a vítimas de violência doméstica (800 202 148) ou recorrer a outra organização de apoio a vítimas de violência doméstica ou para pessoas idosas vítimas de violência e solicitar aconselhamento. Em qualquer caso, existem vários pré-requisitos que devem ser seriamente tidos em conta antes da intervenção:

- Nunca utilizar frases que transmitam juízos de valor e nunca acusar o/a agressor/a^{23 24};
- Se possível, os elementos da equipa não devem abordar o/a agressor/a sem antes terem discutido o assunto com o seu coordenador e com os colegas de equipa e terem estabelecido uma estratégia de abordagem;
- Os elementos da equipa devem estar conscientes de que existem várias situações em que a abordagem ao/à agressor/a será mais prejudicial do que benéfica;
- Os membros da equipa devem estar conscientes de que a segurança dos/as clientes, bem como a sua própria segurança, são uma prioridade. Assim, não devem nunca confrontar o/a agressor/a quando este/a se mostre agressivo/a ou zangado/a e devem sempre chamar a polícia caso ele/a ameace a vítima ou o próprio elemento da equipa²⁵;
- Para uma intervenção mais aprofundada, e particularmente em situações onde ocorre a prestação de cuidados, pode ser muito útil descobrir os motivos que possam ter desencadeado os maus-tratos (mais informação sobre este assunto no módulo 6). É relevante para a intervenção saber se uma pessoa prestadora de cuidados que se encontra sobrecarregada reagiu de forma exagerada uma única vez ou se a relação de intimidade violenta já se arrasta há vários anos²⁶.

Caso tenha acordado com o seu coordenador e com os seus colegas que a abordagem ao/à agressor/a é adequada e segura, “formule perguntas abertas e não emita juízos de valor acerca da prestação de cuidados, do nível de dependência, da família e do ambiente familiar, das preocupações, dos indicadores de tensão e das redes de apoio”²⁷. Por exemplo²⁸:

- Que tipo de tarefas tem de executar agora, como parte da prestação de cuidados à sua familiar?
- Consegue fazer um intervalo ou ter tempo suficiente para si?
- Tem preocupações sobre se [a pessoa a quem presta cuidados] não está segura?
- Fica preocupado/a por poder magoar a sua [familiar/pessoa a quem presta cuidados]?

Tem de estar consciente de que o/a agressor/a “pode estar sob tensão e assustado/a acerca do que vai acontecer. Fazê-lo/a ficar à vontade enquanto tenta apurar os factos não é fácil mas será a forma mais produtiva de confirmar a gravidade da situação e avaliar quais as medidas a tomar”²⁹.

PLANO DE SESSÃO

Pressupostos: De um modo geral, sugere-se que sejam dois/duas formadores/as a ministrar o curso de formação: um/a com experiência profissional na área do apoio e prestação de cuidados a pessoas idosas e o/a outro/a com experiência na área da violência doméstica contra mulheres/protecção à vítima. Neste módulo, é especialmente importante incluir um/a perito/a na área da protecção à vítima.

Distribuição de tempos: A ênfase do módulo é colocada na abordagem da violência em relação à mulher idosa (40 min., ver 3.1), devendo os restantes 20 minutos (ver 3.2) serem utilizados para as situações especiais que fazem da abordagem um tema ainda mais complexo. A abordagem com o/a agressor/a é um tema muito difícil e muitas vezes não recomendado mas pode ser bastante útil nalgumas situações especiais. Recomenda-se a utilização de 30 minutos (ver 3.3) para o exercício sobre a abordagem com o/a agressor/a. Porém, caso não haja tempo suficiente para desenvolver a totalidade do módulo, o tópico 3 pode ser eliminado.

Rasteiras: A teatralização de situações violentas pode ser emocionalmente exigente, especialmente para as pessoas que desempenham determinados papéis. Assim, é importante transmitir adequadamente toda a informação e assegurar que os/as actores/actrizes “abandonam” os seus personagens depois da representação (ver também a informação para o/a formador/a).

A apresentação em power point contém um conjunto alargado de *slides* que poderão causar algum cansaço junto dos/as participantes. Assim, poderá ser útil pedir aos/às formandos/as que leiam os *slides* rotativamente.

TÓPICO 1 PORQUÊ UM ENFOQUE ESPECÍFICO NAS MULHERES IDOSAS? DESCONSTRUÇÃO DOS ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO E IDADE

Em resumo

Neste exercício os/as formandos/as aprendem, através de um exercício interactivo, a abordar o tema da violência com a vítima.

Objectivos de aprendizagem

- Demonstrar aos/às formandos/as que já têm bastantes conhecimentos acerca da comunicação e têm as suas próprias ideias sobre como lidar com este assunto;
- Apresentar-lhes exemplos de como abordar o assunto;
- Sensibilizá-los/as para as mensagens/acções que não são de todo aconselháveis;
- Reforçar a ideia de que não existem perguntas certas ou erradas mas que a capacidade de agir de forma empática e compreensiva é de grande importância.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação dos tópicos e da sua relevância (<i>slide 2</i>)	5'
Apresentação do estudo de caso e formação de pequenos grupos	5'
Teatralização (<i>role play</i>)	15'
Discussão plenária (reunir os resultados no quadro ou no <i>flip-chart</i>) Resumo dos aspectos mais relevantes (<i>slides 5-10</i>)	15'

Nota o/a formador/a:

Em seguida, apresenta-se uma lista contendo exemplos de possíveis erros evidenciados ao longo do *role-play* e que podem constituir-se como uma lista de controlo para o/a formador/a, a ser utilizada durante a fase de discussão dos resultados do exercício.

Lista de controlo

No que diz respeito à atmosfera

- Ausência de contacto visual
- Demasiada ou ausência de linguagem corporal
- Fazer outras coisas enquanto está a ouvir
- Rir-se da cliente
- Não a levar a sério
- Tratá-la como uma criança / infantilizar a sua abordagem com a mulher

Aconselhá-la a abandonar o parceiro/pessoa prestadora de cuidados

- Aconselhá-la a abandonar o parceiro/pessoa prestadora de cuidados
- Dizer-lhe para se mudar para um lar rapidamente

Não acreditar na mulher idosa vítima de violência

- Dizer-lhe que tem algumas dúvidas em relação à história que ela lhe está a contar
- Dizer-lhe que não acredita, já que o parceiro/filho parece muito amoroso
- Desvalorizar a situação, dizer-lhe que vai ficar tudo bem
- Expressar dúvidas acerca da sua capacidade mental

Não aceitar nem apoiar as suas decisões

- Dizer-lhe que as suas decisões estão erradas
- Se ela não deixar o parceiro, não poderá continuar a dar-lhe apoio
- Dizer-lhe que vai falar com o/a agressor/a sobre a acusação que ela está a fazer
- Dizer-lhe que sabe o que está certo e vai intervir de acordo com a sua própria opinião

Falta de informação adicional

- Não a informar sobre as suas opções futuras

Culpar a vítima

- Dizer-lhe que é por sua culpa que é uma vítima
- Dizer-lhe que ela contribuiu para o aumento da violência

Resumo dos aspectos importantes a considerar ao abordar a violência (slides 5-10)

- Estar sozinho/a com a mulher
- Criar uma atmosfera positiva
- Ouvir a sua história atentamente e reconhecer o que ela lhe disse
- Criar empatia, não emitir juízos de valor e não culpabilizar
- Corroborar os seus sentimentos
- Assegurar-lhe que ninguém tem o direito de a magoar
- Nunca a aconselhar a abandonar a pessoa prestadora de cuidados / familiar
- Demonstrar à mulher que acredita nela
- Aceitar e apoiar as suas decisões
- Informá-la acerca de outras opções / possível apoio
- Encorajá-la a ver que há uma vida para além da violência.

Passo 1

Apresentar os tópicos do módulo e a sua relevância utilizando o *slide 2*.

Passo 2

Após a apresentação do exercício e dos seus objectivos, o/a formador/a lê o caso ao grupo. Dois elementos do grupo serão convidados a teatralizar a acção de abordagem de uma situação de violência por parte de uma enfermeira em relação a uma mulher idosa e outros dois elementos do grupo serão convidados a observar a situação.

Muitas pessoas não gostam de situações de teatralização porque têm receio de se expor e sentem-se inibidas porque querem desempenhar o seu papel “correctamente” e ter uma prestação perfeita. Assim, a descrição do papel da enfermeira é virada “ao contrário”. A enfermeira tem de fazer tudo de forma errada em vez de tentar fazer tudo correctamente. Isto ajudará os/as formandos/as a actuar mais livremente durante a teatralização.

- A pessoa que representa a enfermeira deve comportar-se de forma “errada”: deve fazer tudo o que não conduza a uma atmosfera de confiança (como não manter o contacto visual, desvalorizar a situação, etc.) e não ajude a mulher idosa.
- A pessoa que representa a mulher idosa deve tentar agir como uma mulher idosa que vive uma situação de violência perpetrada por um/a familiar.
- É importante que ambas as actrizes não só falem mas “representem” de facto. A mulher idosa pode estar sentada na sua cadeira. A enfermeira começa por entrar na sala, cumprimentando e começando a falar, sabendo que, enquanto ali está, também tem as suas tarefas quotidianas como enfermeira para desempenhar.
- O/a(s) observador/a(s) deve(m) anotar tudo o que vê(em) e que não deve ser feito ou dito naquela situação.

O caso:

“O elemento da equipa é relativamente novo no contexto da família e identificou sinais de violência. A mulher a quem presta cuidados tem 85 anos e muito pouca mobilidade, mas não tem qualquer deficiência cognitiva. O seu filho, que vive com ela no mesmo apartamento, toma conta dela. Enquanto lhe prestava cuidados, o elemento da equipa detectou várias contusões recentes e cicatrizes antigas. O elemento da equipa denunciou o caso ao seu coordenador e, em conjunto, decidiram que a mulher idosa deveria ser cuidadosamente abordada relativamente a esta suspeita.”

Passo 3

Teatralização

- Os/as formandos/as juntam-se em grupos de quatro (ver informação para o/a formador/a sobre métodos para a constituição de grupos). Em cada grupo haverá uma pessoa que representará a mulher idosa

vítima de violência, outra que representará a enfermeira e duas que serão observadoras. O número de observadores/as é opcional e pode variar de acordo com o número de formandos/as. O/a formador/a pode deixar os/as formandos/as escolherem os seus papéis ou pode pedir-lhes que escolham à sorte uma carta com um personagem. Os/as formandos/as têm alguns minutos para se prepararem e, de seguida, dá-se início à teatralização durante aproximadamente 5 minutos, enquanto os/as observadores/as anotam todos os “erros” observados.

Passo 4

Discussão em plenário

- Os/as formandos/as reúnem-se em plenário. Em primeiro lugar, as mulheres idosas vítimas de violência descrevem como se sentiram e quais seriam as suas necessidades. Seguidamente, as enfermeiras descrevem como se sentiram. Estas exposições não devem ser discutidas para que os/as formandos/as possam partilhar os seus sentimentos sem comentários ou julgamentos dos outros/as. Finalmente, todos os observadores descrevem o que detectaram como estando errado, enquanto o/a formador/a recolhe as respostas no quadro ou *flip-chart*.
- Numa segunda etapa, o/a formador/a pede aos/as formandos/as que enumerem os aspectos mais importantes que devem ser tidos em conta ao abordar uma mulher idosa vítima de violência, utilizando as notas recolhidas no quadro/*flip-chart* e as experiências vividas na teatralização. O/a formador/a pode utilizar a lista de controlo acima e/ou os *slides* 5 e 6 para assegurar que nenhum aspecto importante é esquecido.
- Como última etapa, o/a formador/a pode mostrar *slides* com possíveis frases a serem usadas em caso de abordagem da violência (*slides* 7-10).

Material didáctico

- Quadro ou *flip-chart*;
- Documentos de apoio com o caso, o papel da enfermeira, da mulher idosa e do/a observador/a;
- Canetas e papel.

TÓPICO 2 DIFICULDADES QUE PODEM SURTIR NA ABORDAGEM À VÍTIMA

Em resumo

Este exercício trata das dificuldades que podem surgir ao abordar a violência e de como lidar com situações difíceis.

Objectivos de aprendizagem

- Ter consciência das dificuldades que podem surgir ao abordar a violência com a vítima;
- Saber como lidar com estas situações;
- Ser capaz de fazer as perguntas certas;
- Constatar que o elemento da equipa deve intervir como intermediário, não sendo, ele próprio, responsável pela situação, e deve tentar cooperar com outras pessoas (interna e externamente).

Informação para o/a formador/a:

As explicações de todos os cenários estão enumeradas na informação para o/a formador/a. Nos *slides* 14-18 do *powerpoint* encontra-se um resumo de cada caso. É muito importante reforçar o facto de que os elementos das equipas de serviço social e de saúde não devem sentir-se responsáveis nem devem actuar sozinhos/as. Os/as formandos/as devem perceber que estão informados/as sobre uma série de dificuldades e que provavelmente já encontraram soluções razoáveis para muitas delas. Os formandos/as devem também saber que existem dificuldades que são, por vezes, impossíveis de ultrapassar e que, em muitos casos, não existe uma solução imediata.

Métodos e distribuição de tempos

	
<i>Brainstorming</i> acerca das experiências de cada um/a com possíveis dificuldades (<i>slide</i> 13) aquando da abordagem (recolha das palavras-chave no quadro ou <i>flip-chart</i>)	10'
Discussão de possíveis soluções Apresentação de sugestões de “como agir” em diferentes tipos de situação (<i>slides</i> 14-18 ou texto de apoio 1)	10'

Passo 1

Perguntar aos/às formandos/as quais as dificuldades que já sentiram ou (se ninguém tiver sentido dificuldades) quais as que conseguem imaginar. As seguintes dificuldades devem ser enumeradas pelos/as formandos/as e acrescentadas pelo/a formador/a se estiverem em falta. Recolher as palavras-chave no quadro:

1. As vítimas negam os maus-tratos e recusam-se a falar com os elementos da equipa
2. Vítimas com deficiências cognitivas
3. A vítima nunca é deixada sozinha pelo/a agressor/a
4. Vítimas com um percurso migratório e barreiras linguísticas
5. Mulher idosa como agressor/a

Passo 2

Uma vez que os casos 1 e 3 serão discutidos intensivamente no módulo 6, não é necessário realizar aqui essa discussão em profundidade. Deve analisar os casos 2, 4 e 5, fazendo referência aos pontos reunidos na sessão de *brainstorming* e discutindo possíveis soluções e sugestões para cada caso. Adicione os pontos em falta (como apoio, está disponível um resumo nos *slides* 14-18 da apresentação).

Entregar aos/às formandos/as o resumo das sugestões sobre como intervir (texto de apoio 1).



Material didático

- Quadro ou *flip-chart*.

TÓPICO 3 ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA COM O/A AGRESSOR

Em resumo

A abordagem com o/a agressor/a é um tema difícil. Há situações em que pode ser de grande ajuda abordar um/a agressor/a e outras em que a abordagem pode ser mais prejudicial que benéfica. Assim, os/as formandos/as devem aprender a avaliar se é adequado falar com o/a agressor/a acerca da situação e, se sim, quando devem fazê-lo. A abordagem pode ser útil nos casos em que a violência é consequência de uma situação de prestação de cuidados desgastantes e que constituem uma grande sobrecarga e em que o apoio à pessoa prestadora de cuidados poderia melhorar a situação. Em relacionamentos violentos de longa duração pode ser perigoso abordar o/a agressor/a.

Objectivos de aprendizagem

- Aprender em que tipo de situações a abordagem da violência é aconselhável e aquelas em que não é recomendada;
- Saber quais os comportamentos que podem conduzir a um desanuviamento na forma de abordar;
- Ser capaz de fazer perguntas relevantes.

Notas para o/a formador/a

Por um lado, os/as formandos/as devem ser lembrados/as de que têm de ser cuidadosos/as quando decidem falar com um/a agressor/a. Contudo, deve evitar-se que os/as formandos/as fiquem com a sensação de que podem deitar tudo a perder. O principal objectivo é que os/as formandos/as estejam conscientes das situações em que a abordagem não é adequada e de que modo devem comportar-se e falar para inverter o aumento da violência.

Métodos e distribuição de tempos

	
Exposição (<i>slides</i> 21-23) Resumo: Breve apresentação e discussão sobre as situações em que a abordagem com o/a agressor/a é útil e aquelas em que não é recomendada e, ainda, sobre como tomar essa decisão	30'

Passo 1

Distribuir uma breve apresentação sobre os casos em que a abordagem é recomendada e aqueles em que não é (*slides* 21-23) e dar lugar a uma breve discussão em plenário sobre a informação apresentada.

Material didáctico

- Apresentação em *powerpoint*.



ROLE PLAY – “COMO NÃO FAZER”

O caso:

O elemento da equipa é relativamente novo no contexto da família e identificou sinais de violência. A mulher a quem presta cuidados tem 85 anos e muito pouca mobilidade, mas não tem qualquer deficiência cognitiva e é o seu filho que toma conta dela e com quem vive no mesmo apartamento. Enquanto lhe prestava cuidados, o elemento da equipa detectou várias contusões recentes e cicatrizes antigas. O elemento da equipa denunciou o caso ao seu coordenador e, em conjunto, decidiram que a mulher idosa deveria ser cuidadosamente abordada relativamente a esta suspeita.

Ordem do trabalho:

Formar grupos de quatro pessoas. Ler novamente o caso. Em cada grupo haverá uma pessoa que representará a mulher idosa vítima de violência, outra que representará a enfermeira e duas observadoras.

Distribuir os papéis

- A enfermeira
- A mulher idosa
- Os/as observadores/as

Na teatralização que se segue a enfermeira deve abordar o assunto da violência com a mulher idosa.

A enfermeira (descrição do papel):

- O comportamento deve ser errado para a situação: tentar fazer tudo o que, na sua opinião, não conduz a uma atmosfera de confiança (como não manter o contacto visual, desvalorizar a situação, etc.) e não conduz a uma solução aceitável para mulher idosa.

A mulher idosa (descrição do papel):

- Numa primeira fase nega tudo mas depois, lentamente, começa a confessar a violência, tornando-se emotiva, mas não querendo que a enfermeira intervenha.

O/a observador/a (descrição do papel):

- Anota tudo o que pensa que não deve ser feito ou dito por um elemento da equipa numa situação semelhante

Antes de começar, utilizar alguns minutos para a preparação e, seguidamente, dar início à teatralização que durará cerca de 5 minutos.

NOTAS DE FIM

- 1) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde, p. 18-20. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
- 2) Brzank P., Hellbernd H. & Maschewski-Schneider U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L. Begleitforschung. *Gesundheitswesen*, 66(3), p. 164-169
- 3) Hellbernd, H. (2006). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm*. Curriculum. Berlim, p. 77.
- 4) Adaptado de PRO TRAIN (2009). *Multi-Professional and Health Care Training Program on Domestic Violence. Developed in the Daphne II project: PRO TAIN: Improving multi-professional and health care training in Europe - building on good practice in violence prevention (2007 – 2009)*. Module 2 Health care: *Domestic violence and appropriate response in health care settings*, p. 24. Consultado em 6 de Janeiro de 2011 e disponível em http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/uploads/TrainingProgram/Module-2-HC_bw_Domestic-violence-and-appropriate-response-in-health-care-settings.pdf
- 5) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde, p. 34-35. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
- 6) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde, p. 34-35. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
- 7) Adaptado de: International Association of Forensic Nurses (2003). *Nursing Response to Elder Mistreatment curriculum. Module 6*, p. 9-10. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=470>
- 8) International Association of Forensic Nurses (2003). *Nursing Response to Elder Mistreatment curriculum. Module 6*, p.10. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=470>
- 9) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde, p.37. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
- 10) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde, p.37. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
- 11) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde, p.37. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
- 12) Hellbernd K., Brzank P., Wieners K. & Maschewsky-Schneider U. (2004). *Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf, das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm*. Berlim: BMFSFJ.
- 13) Hellbernd, H. (2006) *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm*. Curriculum. Berlim, p. 76.
- 14) Schneekloth, U. & Wahl, H.W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten*. Munique: BMFSFJ, p.105.
- 15) MTSS (2009) *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: MTSS
- 16) EuroCoDe, 2009.
- 17) Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministry of Health, p.13. Consultado em 26 de Outubro e disponível em <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>

MÓDULO 6

Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Garantir a segurança	pág. 04	pág. 19	pág. 24
TÓPICO 2 Registar e documentar a violência potencial	pág. 14	pág. 22	pág. 31
TÓPICO 3 Resumo dos aspectos legais	pág. 16	pág. 23	pág. 34

Referências bibliográficas pág. 37

INTRODUÇÃO

O objectivo deste módulo é dar a conhecer aos elementos das equipas de serviço social e de saúde questões relevantes no que diz respeito à garantia da segurança, ao registo e documentação e aos aspectos legais, como componentes centrais no contexto da “cadeia de intervenção”. Importa evidenciar que os tópicos seguintes estão intimamente relacionados com os conteúdos dos módulos 5 (“Abordagem da violência”) e 7 (“Serviços de apoio”) no que diz respeito à abordagem, à intervenção e à acção, respectivamente. A presente divisão destas questões em tópicos é artificial e serve, apenas, o propósito da formação. Assim, o principal enfoque deste módulo é a garantia da segurança. O registo e documentação são, também, aspectos importantes; contudo, a maioria dos/as profissionais de prestação de cuidados de saúde e de apoio social que trabalham em casa de pessoas idosas não têm de produzir documentos passíveis de serem utilizados numa acção judicial.

Importa, também, lembrar que uma boa parte destes/as profissionais já utiliza fichas de registo das suas intervenções; assim, pode-se equacionar a hipótese de se potenciar, nesse tipo de documentação, o registo de situações de violência (pese, embora, ser algo que deva ser devidamente equacionado, atendendo a questões de segurança e salvaguarda do interesse das mulheres idosas). Devem, ainda, estar conscientes da necessidade de, nalguns casos, se recorrer às perícias médico-legais e forenses, realizadas pelas delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal e pelos gabinetes médico-legais para recolha de indícios, e de se ter uma ferramenta para uso interno na qual se registem e documentem as observações. Os aspectos legais que este módulo aborda reportam aos de enquadramento legal sobre a violência doméstica e outras questões relacionadas com a temática deste programa de formação e respectiva intervenção.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

No final deste módulo, os/as formandos/as deverão estar aptos/as a:

- Distinguir os potenciais perigos da situação e intervir de forma a garantir a segurança, tanto das mulheres idosas como a sua própria;
- Desenvolver um plano de segurança em conjunto com a mulher idosa;
- Registar e documentar situações de violência (quando, como, o quê) e preencher a ficha de registo;
- Ter consciência dos procedimentos relevantes e dos requisitos da documentação forense;
- Identificar quais as situações que requerem uma intervenção imediata, ou, quando isso não é necessário, quando é que a intervenção é aconselhável ou não (aspectos legais a considerar).

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Garantir a segurança	60'
Breve apresentação dos aspectos centrais da avaliação do risco e das diferentes etapas para garantir a segurança	
Exercício 1: 'Garantir a segurança da D. Luísa'	
Discussão plenária complementada com exposição teórica	
TÓPICO 2 Registrar e documentar a violência potencial	20'
Registrar e documentar - razões, dificuldades, responsabilidades	
O registo – um exemplo de ficha de registo	
TÓPICO 3 Resumo dos aspectos legais	10'
Aspectos legais	



TÓPICO 1 GARANTIR A SEGURANÇA

Garantir a segurança é um tema central para todos os/as profissionais que intervêm em casos de violência doméstica. Em todas as suas intervenções, os/as profissionais têm sempre de ter em atenção a integridade e segurança da mulher idosa, bem como a sua própria segurança. Assim, planear a segurança inclui aspectos ligados à avaliação do risco, garantindo segurança imediata no caso de uma situação grave, o planeamento da segurança em conjunto com a vítima e a garantia da segurança de todos os elementos da equipa.

Linhas orientadoras para garantir a segurança²

Independentemente do que os/as profissionais decidam fazer, devem sempre trabalhar com base nos seguintes princípios:

- A intervenção não deve causar quaisquer danos adicionais;
- Não devem levar a cabo intervenções repentinas, imprudentes e não autorizadas;
- A violência doméstica é crime previsto e punido no artigo 152º do Código Penal se se encontrarem preenchidos os requisitos do tipo legal. Importa, não obstante, ter em consideração o apoio que a vítima venha a receber se for feita denúncia; daí que, por vezes, em fase anterior à apresentação da denúncia, se deva falar com a vítima por forma a obter, de certo modo, o seu consentimento; as exceções devem-se ao nível de perigosidade – em situações de risco agravado, deve sempre ser empreendida acção;
- Não devem ‘salvar’ a mulher idosa mas procurar empoderá-la para que seja capaz de agir de acordo com as suas necessidades/desejos;
- Não devem ignorar a própria segurança e apoio;
- Devem discutir todas as intervenções - à excepção daquelas em que existe risco de segurança imediato e que são situações de emergência - previamente com a sua organização e, se possível, em conjunto com uma equipa multidisciplinar;
- Devem ter em conta os serviços de apoio relevantes para prestar assistência à mulher idosa vítima de violência.

“Avaliação do risco”

Antes de dar qualquer passo concreto é importante tentar avaliar o risco envolvido na situação. Neste sentido, a “avaliação do risco” significa darmos resposta a algumas perguntas e, com base nessas respostas, tomarmos uma decisão relativamente ao risco envolvido. Esta decisão nem sempre será fácil e pode ser necessário estar atento/a à nossa própria intuição. É importante verificar se existem questões de segurança críticas, factores que representem um risco imediato de segurança ou um elevado grau de perigo ou se as preocupações relacionadas com a segurança são contínuas. As seguintes perguntas podem indicar diferentes níveis de risco³:

- Risco muito elevado que requer segurança imediata:
 - Existem indícios de lesões que ponham em causa a vida ou existe o perigo de danos muito graves, morte ou homicídio?
 - Existe risco de suicídio ou auto-mutilação?
- Risco de perigo elevado:
 - O/a agressor/a vive com a mulher?
 - A mulher tem medo de ficar sozinha?
 - A mulher é incapaz de se defender ou tomar conta de si própria se ficar sozinha?
 - Foi feita alguma ameaça de morte ou com uma arma?
 - Tem havido um aumento da gravidade, intensidade ou frequência da violência física ou abuso sexual?
- Outros factores a considerar:
 - Foram feitas ameaças de suicídio ou de homicídio seguido de suicídio?
 - O/a agressor/a consome, de forma abusiva, álcool ou outras substâncias?
- Preocupações contínuas com a segurança.



- lento e discussão acerca dos métodos passíveis de serem utilizados pelas vítimas para se protegerem durante um incidente de violência (por exemplo, ter uma via de fuga ou procurar abrigo num quarto em que a porta possa ser trancada, e que tenha um telefone a funcionar e não tenha armas presentes);
- Estratégias de notificação: desenvolvimento de métodos para procura de ajuda numa situação de crise (por exemplo, usar telemóveis, ter números de emergência sempre disponíveis, sistemas de segurança, sinais [por exemplo, colocar uma toalha numa janela, fazer determinados ruídos, abrir e fechar as luzes] e palavras-código para alertar pessoas amigas/familiares/vizinhos/as para a necessidade de ajuda);
 - Serviços de referência: reconhecimento e utilização de serviços que podem oferecer assistência (por exemplo, centros de aconselhamento e de apoio a vítimas de violência doméstica, linha de emergência social (144), serviço de informação a vítimas de violência doméstica (800 202 148), Ministério Público, polícia, serviços sociais das câmaras municipais, organizações não governamentais de apoio a vítimas de violência doméstica (por exemplo, AMCV, UMAR, APAV), serviços locais de apoio a vítimas de violência doméstica);
 - Apoio emocional: consideração de métodos de apoio emocional e formas de estar que contribuam para um menor isolamento social (por exemplo, música, ioga, actividades de ocupação de tempos livres, *hobbies*, arte, amigos/as, grupos de apoio e outras actividades comunitárias); igualmente pertinente a consideração de uma pessoa de confiança (familiar, amiga, vizinha) que possa servir de suporte emocional e a quem a mulher possa recorrer em situação de emergência (as estratégias de ordem vária devem ser, também, trabalhadas com essa pessoa).

A definição por categorias acima apresentada possibilita enquadrar, de seguida, as diferentes etapas, por forma a assegurar a segurança da vítima a curto e longo-prazo e permitir aos/às formandos/as a aquisição de noções básicas acerca dos elementos que devem constar num plano de segurança.

Etapas importantes de um plano de segurança, relevantes em todas as situações^{13 14 15 16}

As etapas de um plano de segurança que a seguir se descrevem são relevantes para todos os tipos de violência. Mais abaixo podem ser consultadas etapas adicionais que dependem da pré-disposição da mulher idosa para a mudança.

Etapas genéricas para a definição de um plano de segurança:

- Determine quem, na sua organização, será o/a colaborador/a-chave para a fase de planeamento da segurança e, caso não seja o/a profissional que reconheceu a violência, apresente-o/a à mulher idosa;
- Procure conhecer a situação da mulher para determinar quem poderá ser incluído/a no planeamento de segurança. Esse conhecimento passa por saber:
 - A rotina diária da mulher idosa;
 - As redes sociais da mulher idosa, como filhos/as, pessoas amigas, vizinhos/as;
 - A relação da mulher idosa com o/a médico/a de família / médico/a assistente;
 - Com quem e há quanto tempo vive a mulher idosa uma relação violenta;
 - Quem, entre as redes sociais (particularmente de âmbito informal/familiar) lhe faculta algum tipo de apoio/suporte relativo à violência e quem não lhe faculta qualquer apoio e motivos para tal;
- Interrogue-a acerca da sua experiência, dos seus desejos e das estratégias de segurança que a ajudaram no passado (incluindo estratégias para enfrentar a situação); a forma de empreender essa averiguação deve atender a determinados aspectos que serão abordados mais à frente;
- Recomende-lhe que mantenha um número de emergência num local próximo e seguro ou que o memorize;
- Estabeleça uma espécie de código de comunicação com uma pessoa de confiança, por exemplo um/a vizinho/a que quando veja o sinal previamente esbabelecido possa chamar a polícia (ou outra entidade previamente definida) para a ajudar a sair da situação;
- Aconselhe-a a preparar uma pequena mala de emergência e a escondê-la num local seguro ou a deixá-la com uma pessoa de confiança. Assegure-se de que a mesma contém os principais documentos, dinheiro e as roupas necessárias, bem como qualquer medicação de que precise;



- Aconselhe-a a procurar um local seguro para guardar cópias de documentos importantes como a certidão de casamento, o cartão de saúde, o bilhete de identidade, documentos relativos ao banco e às suas finanças pessoais;
- Informe-a de que irá discutir a situação com o/a seu/sua coordenador/a e colegas (e que não poderá manter a estrita confidencialidade).

Elementos específicos do plano de segurança dependendo da pré-disposição da mulher idosa para a mudança

a) A mulher vítima de violência quer falar sobre a sua situação, mas não quer agir e recusa-se a falar sobre o assunto com as pessoas da sua rede de contactos

Com alguma frequência, as vítimas de violência, particularmente as idosas, não querem alterar a sua situação por diversos motivos (ver módulos anteriores). Os/as profissionais de serviço social e de saúde que detectam a situação de violência sentem-se, frequentemente, impotentes se não conseguem contribuir activamente para alterar e ‘resolver o problema’. Mas da pesquisa feita sobre violência doméstica sabe-se que as mulheres vítimas deste tipo de violência passam normalmente por diversas “etapas de mudança”¹⁷ - pré-contemplação, ambivalência, preparação, acção, manutenção e reavaliação - e a possibilidade de alterar a sua situação depende muito da etapa em que a mulher se encontra.

Não obstante, nos casos em que não é possível uma solução imediata porque a vítima de violência não está preparada para concordar com uma mudança significativa, podem ser dados vários passos iniciais importantes. Perante uma situação destas, o/a profissional deve:

- Atender a todos os aspectos gerais anteriormente referidos nas etapas genéricas para a definição de um plano de segurança; esses são sempre relevantes;
- Ouvir a história, seja empático/a e compreensivo/a. Permitir que a mulher idosa conte a sua história sem a julgar e dizer-lhe que compreende a sua situação e que respeita as escolhas que faz;
- Tornar claro, no entanto, que a violência não é aceitável;
- Tentar descobrir qual a(s) razão(ões) subjacente(s) à não tomada de atitude por parte da mulher idosa (medo, lealdade, vergonha...);
- Discutir, com a mulher idosa, o(s) risco(s) de continuar na situação actual;
- Abordar as linhas orientadoras básicas no que diz respeito à segurança (ver acima); mesmo que a mulher idosa recuse agir em conformidade, tem de, pelo menos, ouvir falar delas;
- Assegurar-lhe que a porta está aberta, que pode, em qualquer momento, contactar a sua organização e que a apoiará na alteração da sua situação assim que ela estiver preparada;
- Perguntar-lhe se se sentiria melhor se tivesse mais contacto (ou um contacto mais regular, se não for caso disso) com membros da equipa;
- Assegurar-lhe que não fará qualquer intervenção contra a sua vontade (esclareça, porém, que isto exclui situações muito sérias e que coloquem a vida da mulher idosa em risco).

Estas etapas, adaptadas de Allen & Perttu¹⁸, encontram-se no texto de apoio a distribuir aos/às formandos/as.

“A transmissão da mensagem pelas pessoas prestadoras de cuidados de saúde, de que [as vítimas idosas] não estão em falta e de que a ajuda está disponível, é um dos contributos mais importantes que estes/as profissionais podem dar!”¹⁹.

b) A mulher quer ficar com o/a agressor/a mas já não aguenta mais violência. Quer alterar a sua situação

- Atenda todos os aspectos gerais anteriormente referidos nas etapas genéricas para a definição de um plano de segurança; esses são sempre relevantes;
- Tente analisar em conjunto com a mulher idosa todas as redes de apoio que ela e o/a familiar violento podem recorrer. Veja com ela, dentro da respectiva rede de contactos, tanto filho/a(s) como pessoas amigas ou vizinhos/as, pessoas que ela acredite que a podem ajudar;



- Procure disponibilizar mais assistência formal - serviço(s) de prestação de cuidados, apoio domiciliário, centros de dia;
- Pergunte-lhe como é a sua relação com o/a médico/a de família / médico/a assistente e qual a possibilidade de o/a incluir no seu plano de segurança;
- Faça-a saber que uma das opções consiste em que ela se dirija ao hospital e deixe a equipa hospitalar registar e documentar a(s) sua(s) lesão(ões), mesmo que não queira fazer nada neste momento. Isto dar-lhe-á alguns meios de prova para mais tarde, se quiser abandonar o/a agressor/a numa etapa posterior. Ressalva-se que em Portugal, à excepção de exames, o/a doente não leva consigo o relatório, ou o registo do episódio de urgência. Por regra, só quando o Tribunal solicita é que há relatório do indidente e a descrição do motivo e do observado. O que as vítimas trazem consigo é o comprovativo de entrada no serviço de urgência e o motivo ex. “agressão”, motivo este que foi o dado aquando a admissão na urgência e ao balcão;
- Informe-a do número da linha de emergência e do apoio que pode obter. Caso ela não queira falar com outras pessoas de confiança (por exemplo outros/as familiares, médicos/as) estes contactos podem ser especialmente úteis;
- Ofereça-lhe um sistema de alarme/botão de emergência (se possível, pode explicar ao/a agressor/a que é para a segurança da mulher idosa, caso ela se sinta mal durante a noite);
- O objectivo deve ser o de incluir o/a agressor/a, embora isso tenha de ser feito muito cuidadosamente, sem colocar a mulher em perigo:
 - O ponto de partida podem ser as suas experiências como pessoa prestadora de cuidados (se aplicável);
 - Fale acerca das suas preocupações, valide tudo o que puder ver que é positivo e diga-lhe que pensa que ele/a precisa de algum apoio;
 - Tente também descobrir que tipo de apoio ele/a acharia aceitável;
 - Se o/a agressor/a estiver receptivo/a: tente referi-lo/a a serviços de apoio especializados que possam ajudá-lo/a a lidar com a sua agressividade;
 - Se possível, envolva outro/a colaborador/a-chave a trabalhar com o/a agresor/a de modo a que cada parte tenha uma pessoa identificada a apoiá-la.

c) A mulher quer deixar o/a agressor/a

No caso de uma mulher com necessidades de prestação de cuidados moderadas a elevadas, isto poderá ser eventualmente mais complexo. No entanto, deve tentar-se tudo para permitir à mulher com necessidades de prestação de cuidados que deixe o/a seu/sua agressor/a se é essa a sua intenção. Assim, enquanto profissional:

- Atenda todos os aspectos gerais anteriormente referidos nas etapas genéricas para a definição de um plano de segurança; esses são sempre relevantes;
- Faça uma “avaliação do risco”;
- Antes de tomar qualquer medida de carácter legal, a segurança da mulher deve ser assegurada;
- É muito útil nesta situação trabalhar em conjunto com outros/as familiares, o/a médico/a ou outras entidades;
- É importante, primeiro que tudo, perceber se existe um local alternativo para onde a mulher possa ir (e queira ir):
 - Existe algum/a familiar com quem possa viver?
 - Será uma casa-abrigo a alternativa certa? (o que na maioria dos países pode ser difícil devido ao estado de saúde da mulher)
 - A mulher imagina-se a viver num lar para pessoas idosas?
 - Uma opção possível é referir a cliente a um hospital, como primeiro passo, o que dá algum tempo adicional para procurar uma solução mais adequada.
- Deixar o/a agressor/a é extremamente desgastante (especialmente se a mulher tem necessidades de prestação de cuidados moderadas a elevadas), por isso é importante que tenha bastante apoio a nível emocional mas também a nível legal;
- Tente clarificar a situação financeira e as possíveis soluções caso ela seja dependente do dinheiro do/a agressor/a;



- Em Portugal, a lei prevê que, no decurso de um processo crime por violência doméstica, possa ser aplicada, a par de outras medidas de coacção, a medida de proibição e imposição de condutas. É no âmbito desta medida de coacção que pode vir a ser imposto cumulativamente ou em separado, a proibição de adquirir, usar armas bem como a obrigação de as entregar, o afastamento do agressor e/ou a proibição de contactos deste com a vítima. Nas situações de violência doméstica a lei prevê ainda que possa existir um controlo da medida de afastamento aplicada, através de meios técnicos de controlo à distância, como a pulseira electrónica;
- A lei portuguesa prevê ainda como medida de protecção às vítimas de violência doméstica e com o seu consentimento expresso que possa ser disponibilizado o serviço de teleassistência às vítimas, por um período de seis meses, podendo excepcionalmente este período ser prorrogado. Este serviço é gratuito, funciona 24 horas por dias, 365 dias por ano e tem como finalidade garantir uma maior segurança e protecção das vítimas em situação de risco e perigo, de forma rápida e proporcional. Nas situações em que for determinada a teleassistência, é disponibilizado à vítima um equipamento móvel que se encontra conectado com um Centro de Atendimento que, para além do acompanhamento da situação através de contactos telefónicos regulares com a vítima, mobilizará, em situação de emergência, os recursos policiais e outros, proporcionais e necessários ao tipo de emergência sinalizado pela vítima;
- Algumas das medidas de coacção aplicadas até ao julgamento, poderão vir a ser aplicadas, aquando a condenação do arguido pelo crime de violência doméstica, agora já com a denominação de pena acessória. Assim, a imposição de afastamento e/ou de proibição de contacto com a vítima pode vir a ser aplicada, bem como a proibição de uso e porte de arma, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica (n.º 4 do artigo 152.º do Código Penal Português (CP));
- A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode também, como pena acessória, ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância (nº 5 do artigo 152.º do CP);
- Um condenado pelo crime de violência doméstica pode ainda ser inibido para além do exercício das responsabilidades parentais, também do exercício da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos (n.º 6 do artigo 152.º do CP).

Dificuldades adicionais

A situação de ter de falar sobre este assunto com uma vítima de violência é, por si só, difícil. Contudo, há factores que a podem tornar ainda mais difícil.

i) O/a agressor/a não o/a deixa falar com a mulher idosa a sós

Como mencionado no módulo 5, uma dificuldade muito frequente é a vítima idosa não ser deixada sozinha e, por isso, é difícil encontrar espaço e tempo para falar com ela e perceber melhor a situação. Os seguintes passos podem ser dados para lidar com esta questão:

- Tente encontrar datas em que o/a agressor/a esteja normalmente fora e tente visitar a mulher quando esta estiver sozinha;
- Tente ser “imprevisível”, apareça a diferentes horas do dia para que o/a agressor/a não saiba quando esperá-lo/a e possa estar fora quando for visitar a casa;
- Tente saber se há outras visitas que sejam regulares e apareça quando essas visitas também estiverem presentes para que possam ‘ocupar’ o/a agressor/a enquanto fala com a mulher idosa;
- Faça a visita com dois elementos da equipa para que um tente envolver o/a agressor/a numa conversa enquanto o outro tenta descobrir qual a vontade da mulher;
- Ligue para uma linha de emergência e aconselhe-se sobre este caso específico;
- Caso as lesões da vítima pareçam graves e a situação aparente ser perigosa, chame uma ambulância (ou o/a médico/a, para que este/esta chame uma ambulância) e tente levar a mulher ao hospital para que alguém tenha a oportunidade de falar com ela sem que o/a agressor/a esteja por perto e descubra qual a sua vontade nesta situação;
- Em situações perigosas e casos de elevado risco imediato, chame a polícia.

**ii) Garantir a segurança nos casos em que são observados sinais de violência mas a mulher idosa não quer denunciá-la**

- Caso não existam indícios concretos, fale com a mulher sobre as suas preocupações acerca da saúde e diga-lhe que a violência contra mulheres idosas ocorre frequentemente e torna-se normalmente mais frequente e mais grave com o passar do tempo;
- Pode falar sobre a sua preocupação e sobre a sua sensação de que a carga é demasiado pesada para o/a familiar e que poderiam ficar ambos melhores com algum apoio adicional;
- Explique à mulher que existem possibilidades e opções caso ela queira alterar a sua situação em qualquer momento no futuro, à semelhança do que se passa em b).

Garantir a segurança de uma mulher idosa com deficiência cognitiva

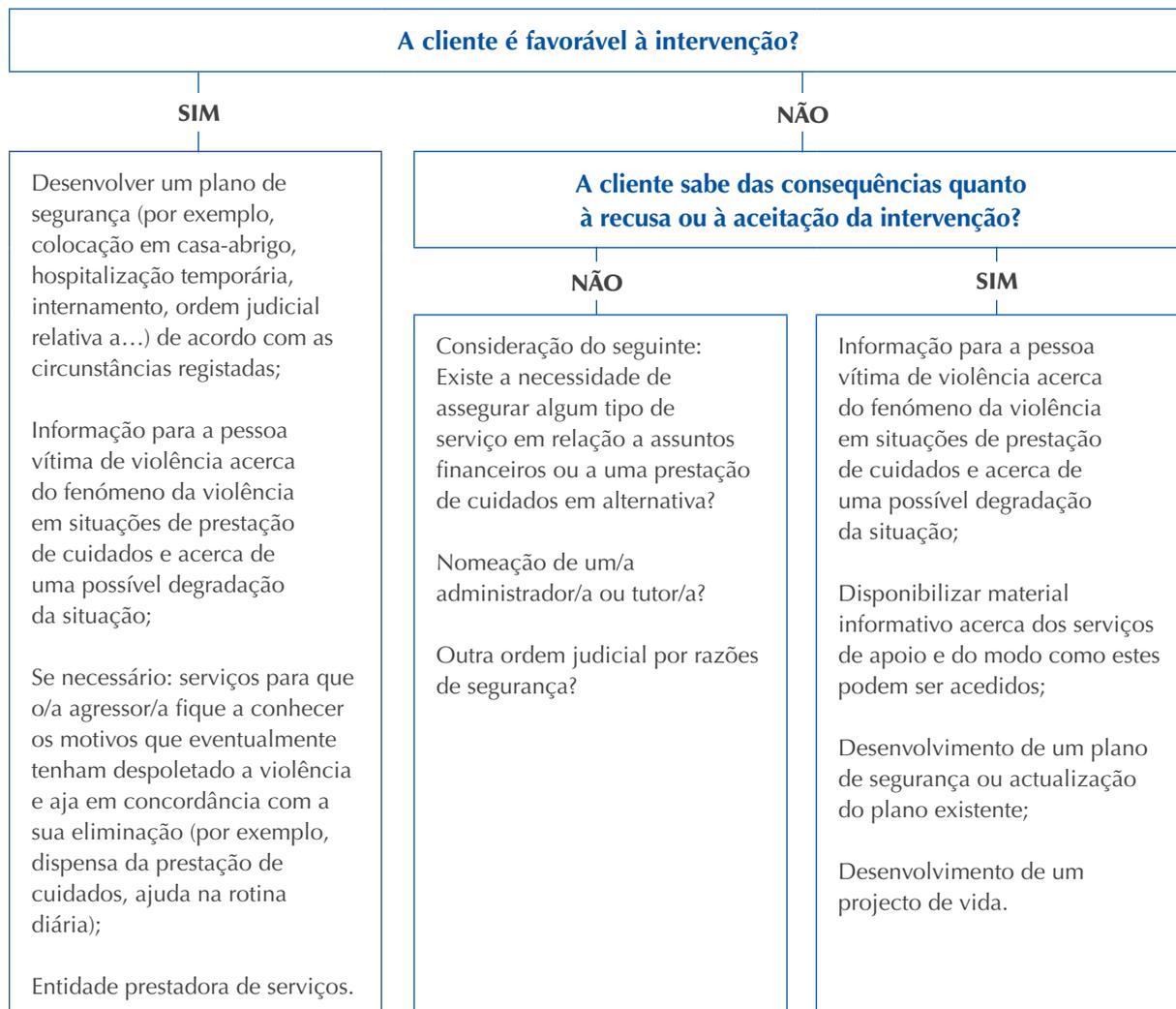
As etapas para o planeamento de segurança acima descritas só são possíveis nos casos em que a vítima tem uma capacidade intelectual normal. As dificuldades surgem especialmente quando a pessoa que é vítima de violência sofre de demência ou outras deficiências cognitivas e já não é capaz de tomar decisões por si própria. Nos casos em que o/a agressor/a é a principal pessoa prestadora de cuidados e/ou o/a administrador/a ou tutor/a designado/a nos termos da lei, será necessário o recurso ao tribunal. O tribunal terá então a obrigação de confirmar rapidamente a situação e, geralmente, designa outra pessoa como administrador/a ou tutor/a. As alterações na situação doméstica podem então ser providenciadas com a ajuda do/a novo/a administrador/a ou tutor/a. Nos casos em que o/a agressor/a e o/a administrador/a ou tutor/a designado/a nos termos da lei não são a mesma pessoa, os/as profissionais de saúde ou de serviço social devem falar sobre a situação violenta com o/a administrador/a ou tutor/a e tentar encontrar uma solução em conjunto.

A intervenção e o planeamento de segurança são mais fáceis nos casos em que a vítima concorda com a intervenção e com uma alteração da sua situação. Os casos em que não concorda com qualquer tipo de intervenção têm de ser diferenciados entre aqueles em que a vítima sabe das consequências e aqueles em que a vítima não tem condições para considerar ou compreender na totalidade as consequências (como no caso da demência - ver também o módulo 5).

O fluxograma seguinte resume as diferentes possibilidades de um planeamento de segurança nos casos em que a vítima concorda e nos casos em que a vítima não concorda com a intervenção.



Figura 2 Planeamento de segurança dependendo do acordo da vítima²⁰



O papel dos/as profissionais de serviço social e de saúde

Os/as profissionais de serviço social e de saúde devem estar conscientes de que não têm de assumir sozinho/as a responsabilidade pela situação. O seu papel visa, sobretudo, reconhecer a violência e intervir como intermediários/as. Dependendo do nível de risco envolvido, a denúncia (ver informação mais à frente sobre os aspectos legais relevantes) e/ou consulta a serviços de apoio, de medicina legal ou segurança é/pode ser obrigatória (ver informação sobre estes serviços no módulo 7). No caso de risco elevado e imediato para a segurança, a polícia tem de ser chamada ou, no caso de lesões graves, têm de estar presentes um/a médico/a de emergência e uma ambulância. Em todos os outros casos, o estabelecimento de uma rede de contactos e a comunicação com outros organismos/entidades que trabalham no domínio da protecção às vítimas são pré-requisitos necessários para uma intervenção adequada²¹. Pedir conselhos e/ou assistência a outros peritos não é um sinal de fraqueza. Demonstra, sim, que existe uma boa rede de contactos e que os/as profissionais de uma determinada instituição têm competências de comunicação e sabem a quem pedir apoio.



TÓPICO 2 REGISTAR E DOCUMENTAR A VIOLÊNCIA POTENCIAL

O registo e documentação são importantes por duas razões: por um lado, o/a profissional tem de documentar todas as observações e intervenções feitas para estar legalmente protegido/a e também para informar adequadamente a sua organização. Normalmente, os elementos das equipas de serviço social e de saúde têm de registar e documentar todas as intervenções feitas, mas no caso da violência, pode haver vantagens em existir documentação adicional. Todas as intervenções feitas têm de ser registadas no processo que deve permanecer sempre na casa do/a cliente, embora, na prática, raramente aí permanece; não obstante, quando se procede à documentação da situação de violência, esse registo não deve ficar em casa da cliente mas antes nos serviços. É evidente que os/as profissionais não podem registar neste documento quaisquer suspeitas ou observações relacionadas com a violência sem colocarem a vítima em risco, já que o/a agressor pode ler o documento e reagir negativamente.

Contudo, o registo e documentação também são relevantes para produzir documentos com credibilidade jurídica. Este tipo de documentação tem de ser elaborado por enfermeiros/as ou médicos/as forenses e isso acontece sobretudo nos hospitais. Não é objectivo desta formação capacitar os elementos das equipas para produzirem documentos juridicamente válidos. Mas é importante que saibam, pelo menos, que este tipo de documentação existe e quem a fornece no contexto da sua região. Saber da existência de tal documentação pode também ajudar os/as profissionais a falar sobre o assunto com os/as médicos/as. Nos casos de danos graves, é também mais fácil para os/as profissionais convencerem a vítima a ir ao hospital e deixar que as lesões sejam observadas e documentadas, quando sabem como funciona o processo de registo e documentação. Um exame médico pode ser importante já que as pessoas que vivem situações de violência minimizam frequentemente ou negam a extensão dessa mesma violência, ou são impedidas de receber cuidados médicos adequados. Adicionalmente, o registo e documentação cuidadosos dos resultados de um exame podem ajudar as vítimas de violência a obter medidas adicionais de protecção, se necessário, quer no momento presente, quer no futuro²².

Não obstante e em matéria de prova, sempre se dirá que quaisquer registos podem vir a ser admitidos como prova, nomeadamente prova documental, dado que “... *Constituem objectos da prova todos os factos juridicamente relevantes para a existência ou inexistência do crime, (...)*” – artigo 124.º Código Penal Português.

Muitas vezes, os/as profissionais de serviço social e de saúde que trabalham em casa de mulheres idosas não são enfermeiros/as. A maioria do grupo-alvo desta formação não está autorizada, nem tem a formação, para conduzir qualquer tipo de exame físico, já que muito frequentemente não tem formação médica relevante. Mas pode anotar as suas observações e os resultados da sua entrevista com a vítima.

O objectivo deste tópico é clarificar as diferentes posturas relativamente ao registo e documentação e apresentar um modelo de ficha de registo aos/às formandos/as, que podem utilizar nas suas organizações, em casos de violência. Contudo, o tipo de documentação utilizada pelas organizações difere entre instituições e países. Por isso, é importante para os/as formadores/as perceberem que tipo de documentação é utilizada pelos/as seus/suas formandos/as e clarificar previamente com os/as coordenadores/as de equipa que tipo de fichas de registo gostariam de ver introduzidas.

Etapas do registo e documentação

É absolutamente essencial não registar a observação enquanto o/a agressor/a está presente e nunca deixar a documentação na casa da vítima! Nalguns países isto não é fácil já que a cliente e a pessoa que lhe presta cuidados têm o direito de aceder à documentação básica, e esta deve ficar em casa da cliente. A ficha de registo anexa (texto de apoio 4) pode ser usada como um documento para uso interno, permitindo aos/às profissionais relatarem a(s) sua(s) experiência(s) aos/às seus/suas coordenadores/as e colegas. Pode também ser útil para provar que o/a profissional iniciou a sua intervenção, se o caso for levado a tribunal.



Na ficha de registo anexa os/as profissionais têm a possibilidade de descrever o que viram e ouviram, mas também o que sentiram e a sua opinião. Esta divisão previne a situação em que os/as profissionais documentam apenas suspeitas ou acusações por menosprezarem os factos; mas, por outro lado, também lhes permite incluir os seus próprios sentimentos e interpretações. Dependendo dos antecedentes de formação dos/as profissionais e das suas competências linguísticas, a ficha pode ser preenchida pelos/as próprios/as ou em conjunto com o/a coordenador/a de equipa ou a pessoa de contacto na sua organização, a quem devem relatar as suas experiências.

As seguintes etapas do registo e documentação devem ser rigorosamente observadas²³:

- Especificar os aspectos que viu ou ouviu e que foram denunciados ou considerados suspeitos;
- Usar as palavras da mulher idosa, tanto quanto possível;
- Se conhecido, declarar o nome do/a agressor/a identificado/a ou a relação deste/a com a pessoa idosa;
- Anotar as causas declaradas ou suspeitas das lesões e a data em que supostamente aconteceram;
- Anotar se a lesão é consistente ou inconsistente com a explicação da mulher idosa;
- Incluir a data e hora do seu contacto com a mulher idosa vítima de violência, o momento em que escreveu as suas notas (se diferente do momento do contacto) e as acções de apoio/referência que foram tomadas;
- Incluir uma assinatura legível e a sua função.

Esse registo pode vir apoiar não só um possível processo que venha a correr em tribunal, bem como auxiliar em caso de ser chamado/a como testemunha.

Em Portugal, não obstante as perícias médico-legais e forenses nesta matéria se inserirem nas atribuições do Instituto Nacional de Medicina Legal, e serem realizadas pelas delegações deste e pelos gabinetes medico-legais, em termos da prova, não pericial, mas documental, pode ser junto ao processo relatório médico dos incidentes observados.

De igual forma, pode vir a ser junto ao processo cível ou crime, relatórios de profissionais de serviço social e de saúde.

Importa salientar que uma coisa é quem tem a competência para a prova pericial (nomeadamente, médicos legistas ou enfermeiros/as forenses) e outra, é o que, e quem, pode ser admitido como prova; esta última não será admitida como prova pericial (esta é só efectuada por peritos reconhecidos como tal), mas pode ser documental, testemunhal, etc.



dos pelo processo penal (identificação e perseguição dos criminosos e repressão dos crimes passados), a saber a eficácia da justiça penal, não justificam, só por si, a revelação do segredo. Assim, o dever de segredo parece prevalecer sobre o dever de denúncia obrigatória (art. 242.º CPP). Só se admitindo exceções ao princípio nos casos de crimes mais graves que ponham em causa a paz jurídica ou haja o perigo fundado de novas infracções²⁴.

- Quebra do sigilo – consentimento, expresso ou tácito; consentimento presumido – segredo partilhado.
- Em processos penais, existe o princípio da prevalência do interesse preponderante: quando o/a paciente desonera o/a médico/a do seu dever de reserva, consentindo na revelação do segredo, o/a médico/a não pode recusar o seu depoimento.

No que respeita aos mais recentes avanços legislativos na área da violência doméstica salienta-se a Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas. Esta Lei revogou a Lei n.º 107/99, de 3 de Agosto, que criou a rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência, bem como o Decreto-Lei n.º 323/2000, de 19 de Dezembro, que procedia à respectiva regulamentação. É ainda revogado o Decreto Regulamentar n.º 1/2006, de 25 de Janeiro, diploma que regulamenta as condições de organização, funcionamento e fiscalização das casas de abrigo. Porém este diploma só perderá eficácia legal após a regulamentação da Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro no que respeita a esta matéria. São também de salientar, entre outros diplomas: a Portaria n.º 229-A/2010, de 23 de Abril, que aprova o documento comprovativo da atribuição do estatuto de vítima, a Portaria n.º 220-A/2010, de 16 de Abril, com as alterações da Portaria n.º 63/2011, de 3 de Fevereiro que estabelece as condições de utilização inicial dos meios técnicos de teleassistência e de controlo à distância, a Portaria n.º 654/2010, de 11 de Agosto (altera a Portaria n.º 10/2008, de 3 de Janeiro) que especifica, no n.º 4 do artigo 1.º, as condições da consulta jurídica prestada às vítimas de violência doméstica, nos termos do artigo 25.º da Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro. É ainda de referenciar a Lei n.º 104/2009, de 14 de Setembro que aprova o regime de concessão de indemnização às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica, sendo que o funcionamento, exercício de poderes e deveres da Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes, se encontra regulada pelo Decreto-Lei n.º 120/2010, de 27 de Outubro.

De referir, ainda, o Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio e Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde referente à isenção de taxas moderadoras a vítimas de violência doméstica.

A lei n.º 112/2009 (que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas) veio impor a celeridade processual, a possibilidade de determinação de medidas de coacção urgentes (em 48 horas; nomeadamente a não permanência do agressor na residência onde tenha praticado o crime ou onde habite a vítima).

O tribunal pode solicitar a prestação de contas sobre os actos do/a administrador/a ou tutor/a legalmente designado. O/a administrador/a ou tutor/a tem os mesmos direitos e obrigações dos pais.

O IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de Dezembro, define a violência doméstica como todos os actos de violência física, psicológica e sexual, perpetrados contra pessoas, independentemente do sexo e da idade, cuja vitimação ocorra em consonância com o artigo 152.º do Código Penal. O conceito foi alargado a ex-cônjuges e a pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha, ou tenha mantido, uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação.

O artigo 152.º (Violência Doméstica) do Código Penal estabelece o seguinte:

1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais:
 - a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;



- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
 - c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau;
 - d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- É punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.
 3. Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:
 - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
 - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.
 4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.
 5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.
 6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos”.

A situação concreta de violência doméstica contra pessoas idosas está abrangida pela alínea d) do número 1 do artigo 152.º do Código Penal, exigindo-se, contudo, a coabitação (domicílio comum) com o agressor.

Face a toda esta explanação relativa aos aspectos legais, é importante que os/as formandos/as se sintam confortáveis para intervir depois de terem frequentado este módulo. Deverão saber que não são responsáveis por tudo sozinhos/as, mas sim, que devem agir como intermediários/as!

PLANO DE SESSÃO

A garantia da segurança é o principal enfoque deste módulo. No entanto, são abordadas questões relativas ao registo e documentação de situações de violência, em clara observância dos aspectos legais pertinentes. Dependendo do grupo-alvo e das suas responsabilidades, pode ser vantajoso fornecer mais informação relativamente ao registo e documentação ou aos aspectos legais. Neste caso, pode ser útil convidar um/a perito/a legal e/ou um/a enfermeiro/a forense ou médico/a legista para uma exposição mais aprofundada sobre estes tópicos; nestas situações, há que considerar mais tempo para este módulo.

TÓPICO 1 GARANTIR A SEGURANÇA²⁵

Em resumo

No momento de decidir quais as intervenções a fazer para garantir a segurança da mulher idosa vítima de violência, os/as profissionais de serviço social e de saúde devem ter em mente diversas estratégias de segurança. Através do exercício aqui explanado, os/as formandos/as vão aprender a desenvolver um plano de segurança em conjunto com a mulher idosa. Importa, todavia, chamar a atenção para o pré-requisito necessário ao desenvolvimento de um plano de segurança: a admissão pela mulher idosa de que foi/está a ser sujeita a violência.

Objectivos de aprendizagem

- Os/as formandos/as deverão aprender os aspectos mais relevantes relacionados com o desenvolvimento de um plano de segurança;
- Os/as formandos/as deverão estar conscientes de que as estratégias de segurança dependerão da situação (motivos que eventualmente possam estar na origem do desencadear da violência) bem como da vontade da vítima para alterar a sua situação.

Informação para o/a Formador/a:

As possíveis estratégias de apoio à discussão encontram-se melhor explanadas no enquadramento dos tópicos. Adicionalmente, deve distribuir aos/às formandos/as o texto de apoio anexo que servirá como resumo da discussão.

Métodos e distribuição de tempos

	
Breve apresentação dos aspectos centrais a considerar na avaliação do risco e das diferentes etapas para garantir a segurança (<i>Slides 3-12</i>)	10'
Introdução do estudo de caso (<i>slide 13</i>)	5'
Trabalho de grupo: Os/as formandos/as lêem o caso novamente e discutem as possíveis estratégias de segurança para uma das situações, anotando essas estratégias num cartão ou <i>post-it</i> (documento de apoio 'Garantir a segurança da D. Luísa')	20'
Plenário: Os resultados são apresentados caso a caso, discutidos e complementados no plenário através da colocação de todos os cartões por baixo do título relevante, no quadro (apoio para o/a formador/a no texto de apoio 1) Outras dificuldades enumeradas pelos/as formandos/as devem ser anotadas no <i>flip-chart</i>	25'

Passo 1

Apresentação teórica dos aspectos centrais a considerar na avaliação do risco, por forma a determinar como garantir a segurança e quais as diferentes etapas desse processo, utilizando os *slides 3-12*.

Passo 2

Apresentação dos objectivos do exercício e de como se irá desenrolar (*slide 13*).

Passo 3

Os/as formandos/as recebem um caso escrito e as diferentes situações em que uma mulher se pode encontrar (documento de apoio 'Garantir a segurança da D. Luísa').

É pedido a cada grupo que escolha uma situação. Os/as formandos/as discutem no seu grupo as possíveis soluções e anotam-nas em palavras-chave nos *post-its* ou cartões. Cada palavra-chave deve ser escrita num *post-it*/cartão.

Enquanto os/as formandos/as estão a trabalhar, o/a formador/a anota as situações no quadro/*flip-chart*.

Passo 4

Sessão plenária: Cada grupo coloca os seus *post-its*/cartões no quadro, sob a sua situação e apresenta os respectivos resultados, um após o outro, sem discussão.

Passo 5

Quando todos os grupos tiverem apresentado os seus resultados, devem discutir os eventuais aspectos em falta. A discussão deste tema deve tornar claro que há várias soluções possíveis dependendo da vontade da vítima de mudar ou não a sua situação.

Outras dificuldades relacionadas com o caso que possam surgir durante a discussão, devem ser anotadas no quadro e discutidas posteriormente. Se não forem mencionadas, o/a formador/a pode fazer as seguintes perguntas:

- Em que circunstâncias e como incluiriam o Sr. José?

TÓPICO 2 REGISTAR E DOCUMENTAR A VIOLÊNCIA POTENCIAL

Em resumo

O objectivo deste tópico é clarificar as diferentes posturas relativamente ao registo e documentação e apresentar um modelo de ficha de registo aos/as formandos/as, que podem utilizar nas suas organizações, em casos de violência. Na ficha de registo anexa os/as profissionais têm a possibilidade de descrever o que viram e ouviram, mas também o que sentiram e a sua opinião. Esta divisão previne a situação em que os/as profissionais documentam apenas suspeitas ou acusações por menosprezarem os factos; mas, por outro lado, também lhes permite incluir os seus próprios sentimentos e interpretações. Dependendo dos antecedentes de formação dos/as profissionais e das suas competências linguísticas, a ficha pode ser preenchida pelos/as próprios/as ou em conjunto com o/a coordenador/a de equipa ou a pessoa de contacto na sua organização, a quem devem relatar as suas experiências.

Objectivos de aprendizagem

- Reflectir sobre a razão por que o registo e documentação podem ser úteis e/ou necessários;
- Ficar a conhecer (um)a ficha de registo.

Informação para o/a Formador/a:

Este tópico é baseado numa ficha de registo simples que pode ser usada se não existir nenhuma documentação-tipo disponível na organização dos/as formandos/as. Contudo, se existirem regulamentações e ferramentas de registo e documentação relevantes na organização, região ou país dos/as formandos/as, estas devem ser introduzidas e discutidas.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação: Registar e documentar - razões, dificuldades, responsabilidades (<i>slides</i> 17-18)	5'
Apresentação da ficha de registo (<i>slide</i> 19) Se houver tempo suficiente, discutir o preenchimento da ficha no caso da D. Luísa.	15'

Passo 1

Apresentar os aspectos relevantes para o registo e documentação mencionados no tópico 2, utilizando o *slide* 17-18.

Passo 2

Analisar a ficha de registo (texto de apoio 4) em conjunto com os/as formandos/as e perguntar-lhes a sua opinião sobre a respectiva utilidade. Se houver tempo suficiente, o caso da D. Luísa pode ser usado para discutir em conjunto o modo como estas observações podem ser registadas e documentadas utilizando a ficha. Se aplicável ao grupo-alvo, o/a formador/a pode ainda perguntar aos/as formandos/as se estão familiarizados com outros instrumentos de registo que possam ser úteis neste contexto.

Material didáctico

- Ficha de registo (texto de apoio 4)
- O estudo de caso do exercício 1 'Garantir a segurança da D. Luísa'.

TÓPICO 3 RESUMO DOS ASPECTOS LEGAIS

Em resumo

Existem diversos aspectos legais que são específicos de cada país bem como pode existir regulamentação específica no contexto de uma organização. Esta regulamentação legal é relevante para vários aspectos mencionados nos módulos 4 a 7. Nesta fase, é útil fazer um breve resumo dos aspectos legais relevantes, por forma a dotar os/as profissionais de informação de carácter legal.

Objectivos de aprendizagem

- Fornecer um breve enquadramento de âmbito legal;
- Capacitar os elementos da equipa para que saibam quando e quais as intervenções que são obrigatórias, recomendadas ou não.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação teórica: Aspectos legais (<i>slides</i> 20-22)	10'

Resumir os principais aspectos legais relevantes para a intervenção em casos de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Lembrar os/as formandos/as das vertentes do registo e documentação em que os aspectos legais podem ser pertinentes. Dar lugar a perguntas e discussão se houver tempo suficiente.

Material didáctico

- Texto de apoio 5 – Aspectos legais.



GARANTIR A SEGURANÇA DA D. LUÍSA

A D. Luísa é uma mulher de 75 anos que vive com o seu marido, José. Este é conhecido pelos/as profissionais como sendo bastante agressivo, mostrando-se, por vezes, impaciente e gritando com a sua mulher. A D. Luísa está imobilizada desde que teve um AVC há alguns anos atrás. Precisa de assistência para se levantar, ir à casa de banho, preparar as refeições, tomar banho e vestir-se mas não sofre de nenhuma deficiência cognitiva. O seu marido presta-lhe todos os cuidados, sozinho. Os/as profissionais só são necessários para a administração de medicamentos, uma vez por dia. Normalmente, não sai de perto da mulher quando os/as profissionais se encontram em casa. Ao administrarem os medicamentos, os/as profissionais têm vindo a constatar, há já algum tempo, que a D. Luísa tem problemas de higiene, a casa parece estar descuidada, cheira mal e está suja. Um dia a D. Luísa apareceu com um olho negro e o seu marido justificou a situação com o facto de ela ter caído ao tentar ir à casa-de-banho sozinha. Os/as profissionais não acreditaram nesta versão e viram-se obrigados a intervir e a trabalhar no sentido de alterar a situação.

Na organização, acordaram que um elemento da equipa abordasse o assunto na próxima oportunidade. Às terças-feiras o marido tem uma consulta de fisioterapia. O/a enfermeiro/a usou esse tempo para falar com a D. Luísa sobre a situação. A D. Luísa confessou que o seu marido estava a violentá-la.

Imagine que é o/a enfermeiro/a e a sua tarefa é desenvolver um plano de segurança com a D. Luísa.

Anote, em palavras-chave, as estratégias possíveis para **uma** das situações. O/a formador/a indicar-lhe-á qual a situação em que deve trabalhar. Por favor, utilize um *post-it* para cada palavra-chave.

Situações:

Situação 1: A D. Luísa precisa falar com alguém sobre a sua situação, mas não quer agir neste momento e recusa-se a falar sobre o assunto com as pessoas da sua rede de contactos.

Situação 2: A D. Luísa quer ficar com o seu marido mas já não aguenta mais violência.

Situação 3: A D. Luísa quer deixar o/a seu marido.



TEXTO DE APOIO 1

ETAPAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE SEGURANÇA

Etapas genéricas para a definição de um plano de segurança:

- Determine quem, na sua organização, será o/a colaborador/a-chave para a fase de planeamento da segurança e, caso não seja o/a profissional que reconheceu a violência, apresente-o/a à mulher idosa;
- Procure conhecer a situação da mulher para determinar quem poderá ser incluído/a no planeamento de segurança. Esse conhecimento passa por saber:
 - A rotina diária da mulher idosa;
 - As redes sociais da mulher idosa, como filhos/as, pessoas amigas, vizinhos/as;
 - A relação da mulher idosa com o/a médico/a de família / médico/a assistente;
 - Com quem e há quanto tempo vive a mulher idosa uma relação violenta;
 - Quem, entre as redes sociais (particularmente de âmbito informal/familiar) lhe faculta algum tipo de apoio/suporte relativo à violência e quem não lhe faculta qualquer apoio e motivos para tal;
- Interrogue-a acerca da sua experiência, dos seus desejos e das estratégias de segurança que a ajudaram no passado (incluindo estratégias para enfrentar a situação); a forma de empreender essa averiguação deve atender a determinados aspectos que serão abordados mais à frente;
- Recomende-lhe que mantenha um número de emergência num local próximo e seguro ou que o memorize;
- Estabeleça uma espécie de código de comunicação com uma pessoa de confiança, por exemplo um/a vizinho/a que quando veja o sinal previamente esbabelecido possa chamar a polícia (ou outra entidade previamente definida) para a ajudar a sair da situação;
- Aconselhe-a a preparar uma pequena mala de emergência e a escondê-la num local seguro ou a deixá-la com uma pessoa de confiança. Assegure-se de que a mesma contém os principais documentos, dinheiro e as roupas necessárias, bem como qualquer medicação de que precise;
- Aconselhe-a a procurar um local seguro para guardar cópias de documentos importantes como a certidão de casamento, o cartão de saúde, o bilhete de identidade, documentos relativos ao banco e às suas finanças pessoais;
- Informe-a de que irá discutir a situação com o/a seu/sua coordenador/a e colegas (e que não poderá manter a estrita confidencialidade).

a) A mulher vítima de violência quer falar sobre a sua situação, mas não quer agir e recusa-se a falar sobre o assunto com as pessoas da sua rede de contactos

- Atender a todos os aspectos gerais anteriormente referidos nas etapas genéricas para a definição de um plano de segurança; esses são sempre relevantes;
- Ouvir a história, seja empático/a e compreensivo/a. Permitir que a mulher idosa conte a sua história sem a julgar e dizer-lhe que compreende a sua situação e que respeita as escolhas que faz;
- Tornar claro, no entanto, que a violência não é aceitável;
- Tentar descobrir qual a(s) razão(ões) subjacente(s) à não tomada de atitude por parte da mulher idosa (medo, lealdade, vergonha...);
- Discutir, com a mulher idosa, o(s) risco(s) de continuar na situação actual;
- Abordar as linhas orientadoras básicas no que diz respeito à segurança (ver acima); mesmo que a mulher idosa recuse agir em conformidade, tem de, pelo menos, ouvir falar delas;
- Assegurar-lhe que a porta está aberta, que pode, em qualquer momento, contactar a sua organização e que a apoiará na alteração da sua situação assim que ela estiver preparada;
- Perguntar-lhe se se sentiria melhor se tivesse mais contacto (ou um contacto mais regular, se não for caso disso) com membros da equipa;
- Assegurar-lhe que não fará qualquer intervenção contra a sua vontade (esclareça, porém, que isto exclui situações muito sérias e que coloquem a vida da mulher idosa em risco).


b) A mulher quer ficar com o/a agressor/a mas já não aguenta mais violência. Quer alterar a sua situação

- Atenda todos os aspectos gerais anteriormente referidos nas etapas genéricas para a definição de um plano de segurança; esses são sempre relevantes;
- Tente analisar em conjunto com a mulher idosa todas as redes de apoio que ela e o/a familiar violento podem recorrer. Veja com ela, dentro da respectiva rede de contactos, tanto filho/a(s) como pessoas amigas ou vizinhos/as, pessoas que ela acredite que a podem ajudar;
- Procure disponibilizar mais assistência formal - serviço(s) de prestação de cuidados, apoio domiciliário, centros de dia;
- Pergunte-lhe como é a sua relação com o/a médico/a de família / médico/a assistente e qual a possibilidade de o/a incluir no seu plano de segurança;
- Faça-a saber que uma das opções consiste em que ela se dirija ao hospital e deixe a equipa hospitalar registar e documentar a(s) sua(s) lesão(ões), mesmo que não queira fazer nada neste momento. Isto dar-lhe-á alguns meios de prova para mais tarde, se quiser abandonar o/a agressor/a numa etapa posterior. Esta prova pode ser guardada no consultório do/a médico/a se não for aconselhável deixá-la em casa;
- Informe-a do número da linha de emergência e do apoio que pode obter. Caso ela não queira falar com outras pessoas de confiança (por exemplo outros/as familiares, médicos/as) estes contactos podem ser especialmente úteis;
- Ofereça-lhe um sistema de alarme/botão de emergência (se possível, pode explicar ao/a agressor/a que é para a segurança da mulher idosa, caso ela se sinta mal durante a noite);
- O objectivo deve ser o de incluir o/a agressor/a, embora isso tenha de ser feito muito cuidadosamente, sem colocar a mulher em perigo:
 - O ponto de partida podem ser as suas experiências como pessoa prestadora de cuidados (se aplicável);
 - Fale acerca das suas preocupações, valide tudo o que puder ver que é positivo e diga-lhe que pensa que ele/a precisa de algum apoio;
 - Tente também descobrir que tipo de apoio ele/a acharia aceitável;
 - Se o/a agressor/a estiver receptivo/a: tente referi-lo/a a serviços de apoio especializados que possam ajudá-lo/a a lidar com a sua agressividade;
 - Se possível, envolva outro/a colaborador/a-chave a trabalhar com o/a agresor/a de modo a que cada parte tenha uma pessoa identificada a apoiá-la.

c) A mulher quer deixar o/a agressor/a

No caso de uma mulher com necessidades de prestação de cuidados moderadas a elevadas, isto poderá ser eventualmente mais complexo. No entanto, deve tentar-se tudo para permitir à mulher com necessidades de prestação de cuidados que deixe o/a seu/sua agressor/a se é essa a sua intenção. Assim, enquanto profissional:

- Atenda todos os aspectos gerais anteriormente referidos nas etapas genéricas para a definição de um plano de segurança; esses são sempre relevantes;
- Faça uma “avaliação do risco”;
- Antes de tomar qualquer medida de carácter legal, a segurança da mulher deve ser assegurada;
- É muito útil nesta situação trabalhar em conjunto com outros/as familiares, o/a médico/a ou outras entidades;
- É importante, primeiro que tudo, perceber se existe um local alternativo para onde a mulher possa ir (e queira ir):
 - Existe algum/a familiar com quem possa viver?
 - Será uma casa-abrigo a alternativa certa? (o que na maioria dos países pode ser difícil devido ao estado de saúde da mulher)
 - A mulher imagina-se a viver num lar para pessoas idosas?
 - Uma opção possível é referir a cliente a um hospital, como primeiro passo, o que dá algum tempo adicional para procurar uma solução mais adequada;
 - Deixar o/a agressor/a é extremamente desgastante (especialmente se a mulher tem necessidades de prestação de cuidados moderadas a elevadas), por isso é importante que tenha bastante apoio a nível emocional mas também a nível legal;



- Tente clarificar a situação financeira e as possíveis soluções caso ela seja dependente do dinheiro do/a agressor/a;
- Em Portugal, a lei prevê que, no decurso de um processo crime por violência doméstica, possa ser aplicada, a par de outras medidas de coacção, a medida de proibição e imposição de condutas. É no âmbito desta medida de coacção que pode vir a ser imposto cumulativamente ou em separado, o afastamento do agressor e/ou a proibição de contactos deste com a vítima. Nas situações de violência doméstica a lei prevê ainda que possa existir um controlo da medida de afastamento aplicada, através de meios técnicos de controlo à distância, como a pulseira electrónica;
- A lei portuguesa prevê ainda como medida de protecção às vítimas de violência doméstica e com o seu consentimento expresso que possa ser disponibilizado o serviço de teleassistência às vítimas, por um período de seis meses, podendo excepcionalmente este período ser prorrogado. Este serviço é gratuito, funciona 24 horas por dias, 365 dias por ano e tem como finalidade garantir uma maior segurança e protecção das vítimas em situação de risco e perigo, de forma rápida e proporcional. Nas situações em que for determinada a teleassistência, é disponibilizado à vítima um equipamento móvel que se encontra conectado com um Centro de Atendimento que, para além do acompanhamento da situação através de contactos telefónicos regulares com a vítima, mobilizará, em situação de emergência, os recursos policiais e outros, proporcionais e necessários ao tipo de emergência sinalizado pela vítima;
- Algumas das medidas de coacção aplicadas até ao julgamento, poderão vir a ser utilizadas, após a condenação do arguido pelo crime de violência doméstica, agora já com a denominação de pena acessória. Assim, a imposição de afastamento e/ou de proibição de contacto com a vítima pode vir a ser aplicada, bem como a proibição de uso e porte de arma, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica (n.º 4 do artigo 152.º do Código Penal Português (CP));
- A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode também, como pena acessória, ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância (n.º 5 do artigo 152.º do CP);
- Um condenado pelo crime de violência doméstica pode ainda ser inibido para além do exercício das responsabilidades parentais, também do exercício da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos (n.º 6 do artigo 152.º do CP).

O que faria caso o/a agressor/a estivesse sempre por perto para evitar que tivesse uma oportunidade de falar com a mulher a sós?

- Tente encontrar datas em que o/a agressor/a esteja normalmente fora e tente visitar a mulher quando esta estiver sozinha;
- Tente ser “imprevisível”, apareça a diferentes horas do dia para que o/a agressor/a não saiba quando esperá-lo/a e possa estar fora quando for visitar a casa;
- Tente saber se há outras visitas que sejam regulares e apareça quando essas visitas também estiverem presentes para que possam ‘ocupar’ o/a agressor/a enquanto fala com a mulher idosa;
- Faça a visita com dois elementos da equipa para que um tente envolver o/a agressor/a numa conversa enquanto o outro tenta descobrir qual a vontade da mulher;
- Ligue para uma linha de emergência e aconselhe-se sobre este caso específico;
- Caso as lesões da vítima pareçam graves e a situação aparente ser perigosa, chame uma ambulância (ou o/a médico/a, para que este/esta chame uma ambulância) e tente levar a mulher ao hospital para que alguém tenha a oportunidade de falar com ela sem que o/a agressor/a esteja por perto e descubra qual a sua vontade nesta situação;
- Em situações perigosas e casos de elevado risco imediato, chame a polícia.

O que faria em casos em que são observados sinais de violência mas a mulher idosa não quer denunciá-la?

- Caso não existam indícios concretos, fale com a mulher sobre as suas preocupações acerca da saúde e diga-lhe que a violência contra mulheres idosas ocorre frequentemente e torna-se normalmente mais frequente e mais grave com o passar do tempo;



- Pode falar sobre a sua preocupação e sobre a sua sensação de que a carga é demasiado pesada para o/a familiar e que poderiam ficar ambos melhores com algum apoio adicional;
- Explique à mulher que existem possibilidades e opções caso ela queira alterar a sua situação em qualquer momento no futuro, à semelhança do que se passa na situação 2;
- Ligue para uma linha de emergência e aconselhe-se sobre este caso específico;
- Caso as lesões da vítima pareçam graves e a situação aparente ser perigosa, chame uma ambulância (ou o médico, para que ele chame a ambulância) e tente levar a mulher ao hospital para que alguém tenha a oportunidade de falar com ela sem que o/a agressor/a esteja por perto e descubra qual a sua vontade nesta situação;
- Em situações perigosas e casos de elevado risco imediato, chame a polícia.



TEXTO DE APOIO 2

PLANO DE SEGURANÇA

Um plano de segurança deve, sempre que possível, considerar:

- **Estratégias de prevenção:** definição conjunta de estratégias que contribuam para a prevenção de incidentes futuros de maus-tratos (por exemplo, mudança de residência, obtenção de uma providência cautelar, esconder / retirar armas ou retirar-lhes as munições);
- **Estratégias de protecção:** aprender a reconhecer os sinais de tensão que antecedem um incidente violento e discussão acerca dos métodos passíveis de serem utilizados pelas vítimas para se protegerem durante um incidente de violência (por exemplo, ter uma via de fuga ou procurar abrigo num quarto em que a porta possa ser trancada, e que tenha um telefone a funcionar e não tenha armas presentes);
- **Estratégias de notificação:** desenvolvimento de métodos para procura de ajuda numa situação de crise (por exemplo, usar telemóveis, ter números de emergência sempre disponíveis, sistemas de segurança, sinais [por exemplo, colocar uma toalha numa janela, fazer determinados ruídos, abrir e fechar as luzes] e palavras-código para alertar pessoas amigas/familiares/vizinhos/as para a necessidade de ajuda);
- **Serviços de referência:** reconhecimento e utilização de serviços que podem oferecer assistência (por exemplo, centros de aconselhamento e de apoio a vítimas de violência doméstica, linha de emergência social (144), serviço de informação a vítimas de violência doméstica (800 202 148), Ministério Público, polícia, serviços sociais das câmaras municipais, organizações não governamentais de apoio a vítimas de violência doméstica (por exemplo, AMCV, UMAR, APAV), serviços locais de apoio a vítimas de violência doméstica);
- **Apoio emocional:** consideração de métodos de apoio emocional e formas de estar que contribuam para um menor isolamento social (por exemplo, música, ioga, actividades de ocupação de tempos livres, hobbies, arte, amigos/as, grupos de apoio e outras actividades comunitárias); igualmente pertinente a consideração de uma pessoa de confiança (familiar, amiga, vizinha) que possa servir de suporte emocional e a quem a mulher possa recorrer em situação de emergência (as estratégias de ordem vária devem ser, também, trabalhadas com essa pessoa).

Adaptado do National Clearinghouse on Abuse in Later Life & Wisconsin Coalition Against Domestic Violence (2003)
citado em International Association of Forensic Nurses (2003: 10)



TEXTO DE APOIO 3

ETAPAS DE MUDANÇA SENTIDAS POR MULHERES VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Prochaska et al (1994) descrevem as Etapas da Mudança, podendo os/as profissionais trabalhar com uma mulher de acordo com estas etapas:

Etapas da Mudança	Convicções da mulher	Estratégias impulsionadoras dos/as profissionais
Pré-contemplação	"A minha relação não é um problema".	Entender a relação. "Diga-me como é que gere os conflitos com o seu parceiro".
Contemplação ou ambivalência	"Sei que a violência é um problema mas preciso de manter esta relação".	Discutir a ambivalência. "Quais são os aspectos positivos da vossa relação?" Quais são os aspectos menos positivos?" "De que modo alteraria a situação, se pudesse?"
Preparação	"A violência é um problema, e eu estou a planear algumas mudanças".	Oferecer apoio e encorajar. Clarificar os planos. Fazer uma lista dos recursos da comunidade. Fornecer orientação antecipadamente.
Ação	"Estou a fazer mudanças para acabar com a violência".	Oferecer apoio e encorajar. Clarificar os planos. Fazer uma lista dos recursos da comunidade. Fornecer orientação antecipadamente.
Manutenção	"Adaptei-me às mudanças".	Oferecer apoio. Rever a necessidade dos recursos comunitários. Discutir estratégias de adaptação à mudança.
Reavaliação	"Não consigo manter esta mudança".	Manter o espírito positivo e encorajar. Discutir os ensinamentos retirados do esforço. Rever o Plano de Segurança. Manter a abertura para futuras discussões.

Adaptado de Prochaska, et al (1994). "Stages of change" for women affected by intimate partner violence.

TEXTO DE APOIO 4

FICHA DE REGISTO

Nome da cliente:	
Data de nascimento:	
Morada:	
Número de telefone:	
Data/Hora da(s) observação(ões):	
Observador/a:	

Factos:	Violência psicológica	Violência física
Quais são as suas observações?	<input type="checkbox"/> Actividade física/mental reduzida <input type="checkbox"/> Abandono (físico e emocional) <input type="checkbox"/> Introversão, passividade, excesso de queixas <input type="checkbox"/> Ansiedade, receio <input type="checkbox"/> Falta de esperança, falta de forças, tristeza <input type="checkbox"/> Agressão verbal, injúrias, ameaças, intimidação <input type="checkbox"/> Acesso restrito ao telefone, comida e casa-de-banho <input type="checkbox"/> Acesso restrito a familiares, amigos/as, visitas, serviços <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Presença de lesões físicas <input type="checkbox"/> Queda de cabelo (frequência___) <input type="checkbox"/> Contusões (frequência___) <input type="checkbox"/> Actividade sexual não desejada (frequência___) <input type="checkbox"/> Inchaços (frequência___) <input type="checkbox"/> Queimaduras (frequência___) <input type="checkbox"/> Ossos fracturados (frequência___) <input type="checkbox"/> Fracturas (frequência___) <input type="checkbox"/> Denúncia de quedas (frequência___) <input type="checkbox"/> Contenção física (frequência___) <input type="checkbox"/> Medicação em excesso ou por defeito (frequência___) <input type="checkbox"/> Outros:
	Quantas vezes observou indícios de potencial violência psicológica durante o último mês? _____	Quantas vezes observou indícios de potencial violência física durante o último mês? _____



Factos:	Negligência	Exploração financeira/material
Quais são as suas observações?	<input type="checkbox"/> Subnutrição, desidratação <input type="checkbox"/> Perda de peso <input type="checkbox"/> Higiene fraca <input type="checkbox"/> Roupa inapropriada <input type="checkbox"/> Condições de vida inadequadas <input type="checkbox"/> Pouca atenção à actividade ou às necessidades de prestação de prestação de cuidados <input type="checkbox"/> Outras: Quantas vezes observou indícios de potencial negligência durante o último mês? _____	<input type="checkbox"/> Utilização questionável dos bens/fundos da pessoa idosa <input type="checkbox"/> Aparente incapacidade para comprar comida, roupa, serviços de limpeza e actividades sociais <input type="checkbox"/> Aparente discrepância entre o rendimento potencial e as condições de vida <input type="checkbox"/> Outros: Quantas vezes observou indícios de potencial exploração financeira durante o último mês? _____

Explicação	Qual é a explicação da mulher idosa? <i>(Texto livre)</i>	Qual é a sua opinião? O que pensa sobre a situação?
		<input type="checkbox"/> Informação do/a cliente difere das observações Se sim, quais são as observações? <input type="checkbox"/> Discrepância entre as percepções do/a cliente e da pessoa prestadora de cuidados Se sim, quais são as observações? <input type="checkbox"/> Outros: Quantas vezes observou indícios de potencial exploração financeira durante o último mês? _____



O que fez após as suas observações? *(Texto livre)*

Adaptado de Glasgow, K. & Fanslow, JL. (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministério da Saúde, Consultado em 11 de Abril de 2011 e disponível em <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>
S.I.G.N.A.L. e.V.: S.I.G.N.A.L. – Dokumentationsbogen zu häuslicher Gewalt. <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt56>
Vzw Thuishulp – Bond Moyson W.-VI.



TEXTO DE APOIO 5

ASPECTOS LEGAIS

Existem diversos aspectos legais que têm de ser considerados como linhas orientadoras da intervenção, tais como: protecção e confidencialidade dos dados, limites da confidencialidade, dever de divulgação, justificação para a quebra da confidencialidade, leis de protecção à vítima e direito a um representante legal.

Esteja consciente de que estas descrições não substituem o aconselhamento legal. Importa salientar que não nos responsabilizamos pela exactidão desta informação e/ou sua adequação a casos específicos.

Assim, em Portugal, existe:

- Sigilo médico e de enfermagem. O Estatuto da Ordem dos Médicos impõe o segredo profissional como um dos deveres dos/as médicos/as (artigo 13.º, alínea c) EOM), cuja violação pode conduzir à aplicação de uma pena disciplinar. No mesmo sentido, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, prescreve, no artigo 67.º o dever de sigilo. Também o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104 /98 de 21 de Abril) prevê o dever de sigilo e o direito à intimidade. Tanto o sigilo médico como o de enfermagem estabelece não ser permitido transmitir uma informação confidencial sem autorização, embora o/a médico/a esteja autorizado/a a transmitir essa informação nos casos em que, após a análise dos interesses em jogo, se conclua que a protecção dos objectivos legais é mais importante que a protecção da informação confidencial dos/as clientes. Importa, no entanto, alertar os/as profissionais de saúde para uma consulta informada junto das respectivas ordens.
- Direito de necessidade, que é uma cláusula de exclusão da ilicitude tradicional, nomeadamente quando perante perigo fundamentado de repetição de prática de ilícitos penais graves.
- Obrigação de denúncia: o Código de Processo penal apenas impõe (Artigo 242.º) o dever de denúncia obrigatória para funcionários/as (artigo 386.º do Código Penal) quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas. Em regra, “os valores ou interesses encabeçados pelo processo penal (identificação e perseguição dos criminosos e repressão dos crimes passados), a saber a eficácia da justiça penal, não justificam, só por si, a revelação do segredo. Assim, o dever de segredo parece prevalecer sobre o dever de denúncia obrigatória (art. 242.º CPP). Só se admitindo excepções ao princípio nos casos de crimes mais graves que ponham em causa a paz jurídica ou haja o perigo fundado de novas infracções”²⁶.
- Quebra do sigilo – consentimento, expresso ou tácito; consentimento presumido – segredo partilhado;
- Em processos penais, existe o princípio da prevalência do interesse preponderante: quando o/a paciente desonera o/a médico/a do seu dever de reserva, consentindo na revelação do segredo, o/a médico/a não pode recusar o seu depoimento.

No que respeita aos mais recentes avanços legislativos na área da violência doméstica salienta-se a lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas. Esta Lei revogou a Lei n.º 107/99, de 3 de Agosto, que criou a rede pública de casas de apoio a mulheres vítimas de violência, bem como o Decreto-Lei n.º 323/2000, de 19 de Dezembro, que procedia à respectiva regulamentação. É ainda revogado o Decreto Regulamentar n.º 1/2006, de 25 de Janeiro, diploma que regulamenta as condições de organização, funcionamento e fiscalização das casas de abrigo. Porém este diploma só perderá eficácia legal após a regulamentação da Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro no que respeita a esta matéria. São também de salientar, entre outros diplomas: a Portaria n.º 229-A/2010, de 23 de Abril, que aprova o documento comprovativo da atribuição do estatuto de vítima, a Portaria n.º 220-A/2010, de 16 de Abril, com as alterações da Portaria n.º 63/2011, de 3 de Fevereiro que estabelece as condições de utilização inicial dos meios técnicos de teleassistência e de controlo à distância, a Portaria n.º 654/2010, de 11 de Agosto (altera a Portaria n.º 10/2008, de 3 de Janeiro) que especifica, no n.º 4 do artigo 1.º, as condições da consulta jurídica prestada às vítimas de violência doméstica, nos termos do artigo 25.º da Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro. É



ainda de referenciar a Lei n.º 104/2009, de 14 de Setembro que aprova o regime de concessão de indemnização às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica, Sendo que o funcionamento, exercício de poderes e deveres da Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes, se encontra regulada pelo Decreto-Lei n.º 120/2010, de 27 de Outubro.

A lei n.º 112/2009 (que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas) veio impor a celeridade processual, a possibilidade de determinação de medidas de coacção urgentes (em 48 horas; nomeadamente a não permanência do agressor na residência onde tenha praticado o crime ou onde habite a vítima).

O tribunal pode solicitar a prestação de contas sobre os actos do/a administrador/a ou tutor/a legalmente designado. O/a administrador/a ou tutor/a tem os mesmos direitos e obrigações dos pais.

O IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2011-2013), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de Dezembro, define a violência doméstica como todos os actos de violência física, psicológica e sexual, perpetrados contra pessoas, independentemente do sexo e da idade, cuja vitimação ocorra em consonância com o artigo 152.º do Código Penal. O conceito foi alargado a ex-cônjuges e a pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha, ou tenha mantido, uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem co-habitação.

O artigo 152.º (Violência Doméstica) do Código Penal estabelece o seguinte:

1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais:
 - a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
 - b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
 - c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau;
 - d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;É punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.
3. Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:
 - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
 - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.
4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.
5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.
6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos“.

A situação concreta de violência doméstica contra pessoas idosas está abrangida pela alínea d) do número 1 do artigo 152.º do Código Penal, exigindo-se, contudo, a coabitação (domicílio comum) com o agressor.

NOTAS DE FIM

- 1) Este módulo baseia-se em Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministry of Health” e em International Association of Forensic Nurses (2010). Nursing Response to Elder Mistreatment Curriculum. A estas pessoas e entidades agradecemos a permissão de citação dos seus trabalhos.
- 2) Adaptado de Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006: 27). Begum, F. (2010: 1).
- 3) Idem.
- 4) Idem, p. 41.
- 5) Idem.
- 6) Quanto ao conceito de funcionário e nos termos do artigo 386.º do Código Penal este abrange:
 - a) O funcionário civil;
 - b) O agente administrativo;
 - c) Quem, mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma actividade compreendida na função pública administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar”.
- 7) Qualquer pessoa contra quem foram denunciados factos que lhe imputam a prática de actos, acções, omissões, ou outros que consubstanciem crime, os quais não correspondam à verdade pode, em abstracto, demandar outrém, civil e criminalmente (por danos morais, patrimoniais e/ou outros que tal facto tenha causado, e apresentar queixa por tal conduta), existindo crimes tipificados para o efeito, designadamente: difamação, injúria e mais concretamente a denúncia caluniosa. Ver artigos 180.º, 181.º e 365.º do Código Penal. As questões de prova também aqui se colocam: tem de provar que ocorreu o dano e que existe nexo de causalidade entre aquele(s) facto(s) e o dano sofrido, os quais determinaram aquele resultado. De referir que este tipo de crime depende de queixa e que o prazo de prescrição é de 6 meses. Na prática, ou apresenta queixa mal sabe da denúncia e até 6 meses após, ou não o poderá fazer posteriormente dada a prescrição.
- 8) Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006: 41).
- 9) Idem, p. 43.
- 10) Dubin, B., Lelong, J. & Smith, B.K.(1988: 12-21).
- 11) Parágrafo do National Clearinghouse on Abuse in Later Life & Wisconsin Coalition Against Domestic Violence (2003: 8) citado em International Association of Forensic Nurses (2003: 9-10).
- 12) Idem.
- 13) Adaptado de Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006: 37).
- 14) Adaptado de PRO TRAIN (2009).
- 15) Adaptado de International Association of Forensic Nurses (2003: 9-10).
- 16) Desenvolvido em conjunto com Ann Moreels do *Flemish Reporting Point of Elder Abuse*.
- 17) Prochazka J.O., Velicer W.F., Rossi J.S., Goldstein M.G., Marcus B.H., Rawoski W. (1994) citado em Allen M., Perttu S. (2010: 21).
- 18) Allen M., Perttu S. (2010: 21).
- 19) Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006: 37).
- 20) Graß, G., Walentich, G., Rothschild, M.A. & Ritz-Timme, S. (2007). Tradução nossa.
- 21) PRO TRAIN (2009).
- 22) Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006: 49).
- 23) Adaptado de Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006: 49).
- 24) Pereira, A. G. D. (2008).
- 25) Este exercício foi desenvolvido com o apoio de Ann Moreels do *Flemish Reporting Point of Elder Abuse*.
- 26) Pereira, A. (2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, M. & Perttu, S. (2010). Social and Health Care Teachers against violence. Teachers' Handbook. Consultado em Janeiro de 2011 e disponível em http://www.palmenia.helsinki.fi/hevi/HEVI_Handbook_english.pdf

Allen, M., Hellbernd, H., Huschka, S., Jenner, S., Perttu, S. & Savola, T. (2010). Social and Health Care Teachers against violence. Teachers' Guidebook. p. 38. Consultado em Janeiro de 2011 e disponível em http://www.palmenia.helsinki.fi/hevi/HEVI_Guidebook_english.pdf

Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt am Main (2009). Hintergrundinformation zu Misshandlung/häuslicher Gewalt - Handreichung für die ärztliche Praxis. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em http://www.hs-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/Forschung_Praxis/haeusliche_Gewalt/HintergrundinformationMisshandlung_Mai_2009.pdf

Dubin, B., Lelong, J. & Smith, B.K. (1988). Faces of neglect. Hogg Foundation for Mental Health 1988. Universidade to Texas. Austin. Consultado em Janeiro de 2011 e disponível em <http://eric.ed.gov/PDFS/ED303724.pdf>

Glasgow, K. & Fanslow, J.L. (2006). *Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect*. Wellington: Ministério da Saúde. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/family-violence-guidelines-elder-abuse-neglect>

Graß, G., Walentich, G., Rothschild, M.A. & Ritz-Timme, S. (2007). Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. Phänomenologie, Epidemiologie und Präventionsstrategien. In. Rechtsmedizin 2007Nr. 17 p. 367-371

Hellbernd, H., Bzrank, P., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2003). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S. I. G. N. A. L. -Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht, Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität, Berlin.

Hellbernd, K., Brzank, P., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf, das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm Berlin. BMFSFJ (Hrsg.). Berlin.

International Association of Forensic Nurses (2003). Nursing Response to Elder Mistreatment curriculum. Module 5. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=469>

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2005). Diagnose häusliche Gewalt. Leitfaden. Consultado em 6 de Janeiro de 2011 e disponível em http://www.aekwl.de/fileadmin/medizin_und_gesundheit/doc/leitfaden_diagnose_haeusliche_gewalt.pdf

National Clearinghouse on Abuse in Later Life & Wisconsin Coalition against Domestic Violence (2004). Interactive training exercises on domestic abuse in later life. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em <http://www.ncall.us/docs/InteractiveTrainingExercisesAILL.pdf>

Pereira, A. (2008). "O Sigilo Médico: análise do direito português". Conferência apresentada no Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau, República Popular da China

PRO TRAIN (2009). Multi-Professional and Health Care Training Program on Domestic Violence. Developed in the Daphne II project: PRO TAIN: Improving multi-professional and health care training in Europe - building on good practice in violence prevention (2007 – 2009). Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em <http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage>

S.I.G.N.A.L. Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. (2006). S.I.G.N.A.L. – Dokumentationsbogen zu häuslicher Gewalt. Consultado em 26 de Outubro de 2010 e disponível em www.signal-intervention.de/download/SIGNAL%20DokuBogen.pdf

MÓDULO 7

Intervir: Serviços de apoio, cooperação, redes de contacto

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Porquê cooperar?	pág. 04	pág. 17	
TÓPICO 2 A quem recorrer e em que caso?	pág. 06	pág. 19	pág. 23
TÓPICO 3 Princípios de uma cooperação bem-sucedida	pág. 14	pág. 19	

Recomendações para leituras adicionais pág. 25

Referências bibliográficas pág. 25

INTRODUÇÃO

Como se tornou evidente nos módulos anteriores, a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias é um problema complexo e, em muitos casos, as mulheres idosas vítimas de violência necessitam de serviços especializados e de aconselhamento em situações de crise. Para além disso - quando disponível - é muito útil o apoio formal ou informal prestado por pessoas que possam acompanhar a mulher idosa vítima de violência em todas as fases do processo e que possam coordenar todas as intervenções, incluindo o acompanhamento posterior da situação. Na maioria dos países existem vários serviços a que as mulheres idosas vítimas de violência podem recorrer quando procuram ajuda. Em muitos casos, as vítimas procuram a ajuda de serviços sociais, de saúde ou de outras instituições em vez de procurarem organizações especializadas na protecção à vítima (Fonte: Daphne, EU Project: Pro train). De seguida, a tarefa dessas instituições é contactar serviços especializados que possam estar em condições de prestar aconselhamento e apoio específicos. Também no trabalho com o/a agressor/a podem ser necessários múltiplos apoios.

Assim, a cooperação com outros serviços é frequentemente necessária e muito útil. Nalguns casos existe mesmo a obrigatoriedade de trabalhar com outras entidades, nomeadamente nas situações em que se faz uma denúncia a uma autoridade de supervisão ou quando se chama a polícia num caso de emergência. Pelo contrário, noutras situações, pode ser proibida a transmissão de informação a outras instituições devido a restrições relacionadas com a confidencialidade. Este tipo de restrições é específico de cada país e pode até variar de região para região, dependendo também das organizações que estão envolvidas e do quadro legal a que estão sujeitas.

Este módulo destaca a necessidade de uma cooperação multidisciplinar a nível local, nos casos de violência contra mulheres idosas. O módulo dá uma panorâmica geral sobre as razões porque a cooperação multidisciplinar é importante, que tipo de organizações podem ser relevantes e em que aspectos, e aborda os elementos de uma boa cooperação. Salienta também o papel da tecnologia moderna como um instrumento adicional muito útil para obter informação acerca da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias e aborda as questões do apoio e coordenação entre os diferentes serviços.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Abordar, de um modo geral, a importância do desenvolvimento da cooperação multiprofissional ao lidar com a violência contra as mulheres idosas;
- Identificar parceiros nas áreas dos cuidados de saúde, serviços sociais, serviços especializados e intercomunitários, bem como as respectivas funções, na resposta à violência contra mulheres idosas no contexto da família;
- Ter consciência das diferentes funções dos serviços sociais e de saúde e dos parceiros comunitários;
- Adquirir conhecimentos sobre alguns princípios básicos para uma cooperação bem sucedida.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Porquê cooperar?	15'
Breve apresentação do tópico	
Exercício 1 'Brainstorming sobre vantagens e barreiras à cooperação'	
Recolha, no <i>flip-chart</i> , de contribuições dos/as formandos/as sobre as suas experiências <ul style="list-style-type: none"> • Porque razão é importante a cooperação e quais são as suas vantagens? • Quais podem ser as barreiras à cooperação? 	
Discussão em torno das respostas e das contribuições dadas	
Sistematização dos contributos para o tópico 1	
TÓPICO 2 A quem recorrer e em que caso?	60'
<i>Brainstorming</i> em plenário sobre quais os serviços que podem ser relevantes no âmbito da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias	
Exercício 2 (ou exercício 3 em alternativa) - Trabalho de grupo para recolha de informação sobre organizações a contactar na comunidade local	
Discussão em plenário	
Os resultados serão apresentados; cada grupo apresentará as suas conclusões.	
TÓPICO 3 Princípios de uma cooperação bem-sucedida	15'
Elaboração conjunta de uma lista contendo os princípios que contribuem (positiva ou negativamente) para uma cooperação bem-sucedida.	



TÓPICO 1 POR QUE RAZÃO É IMPORTANTE A COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL E MULTIPROFISSIONAL?

Este tópico trata essencialmente da cooperação intersectorial/multiprofissional como forma de dar resposta aos/as profissionais de serviço social e de saúde nos casos em que os mesmos detectam situações de violência contra mulheres idosas. Deve ficar claro que a tarefa dos/as profissionais é, muitas vezes, o reconhecimento da violência, mas que isso não quer dizer que seja também sua responsabilidade encontrarem sozinhos/as uma solução adequada. Esta solução só é encontrada, na maioria das vezes, em cooperação com outros serviços e outros profissionais com diferentes competências.

Antes de dar início ao tópico, será apresentada uma breve definição de terminologia por forma a diferenciar cooperação multiprofissional de cooperação multisectorial.

A cooperação multisectorial é uma via mais formal de cooperação entre organizações em dois ou mais sectores, por exemplo, entre a saúde e a segurança social.

A cooperação multiprofissional, pelo contrário, pode acontecer dentro de um sector ou também entre sectores. A cooperação multiprofissional pode ser uma cooperação intra-organizacional ou multiorganizacional. Os termos são auto-explicativos - cooperação intra-organização é aquela que envolve profissionais dentro de uma entidade/organização enquanto a cooperação multiorganizacional inclui profissionais de diferentes organizações. Na prática, os dois tipos de cooperação interagem e ocorrem frequentemente num caso de violência.

Existem diferentes níveis de cooperação multiprofissional e multiorganizacional no campo da violência doméstica em geral, no campo da violência contra pessoas idosas e no campo da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. A um determinado nível, temos a cooperação no que diz respeito a um caso isolado, em que as organizações e profissionais envolvidos podem ajudar numa situação específica. A outro nível temos a cooperação local, regional ou nacional, que tem em vista a melhoria dos serviços de apoio às mulheres idosas vítimas de violência em geral e a garantia de uma cooperação bem sucedida no que diz respeito a casos individuais no futuro e/ou a sensibilização da comunidade para o assunto.

Seguidamente, o enfoque será dado aos casos individuais e aos aspectos importantes que importa considerar nessas situações. Nalguns casos, existem formas de cooperação obrigatórias entre organizações que lidam com vítimas de violência, nomeadamente, a obrigação de contactar a polícia ou o Ministério Público num caso de emergência. Esta situação difere, dependendo dos países e das organizações.

As organizações também cooperam porque se apercebem de que não são capazes de resolver todos os problemas sozinhas. A cooperação com instituições relevantes pode poupar tempo e dinheiro. Por isso, muitas vezes, as pessoas prestadoras de cuidados cooperam com profissionais de saúde ou de centros de dia.

No que diz respeito à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, a cooperação entre os profissionais de saúde, os serviços de prestação de cuidados a pessoas idosas e as organizações de protecção a vítimas, sobretudo quando orientada para a violência doméstica contra as mulheres, está a dar os primeiros passos. Nalguns países e regiões existem redes locais multiprofissionais e multiorganizacionais para a prevenção e combate da violência contra mulheres idosas. Um dos objectivos destas redes é precisamente conhecer quais as funções e a oferta de serviços de cada uma das organizações, bem como conhecer as pessoas com quem se pode contactar nos diferentes serviços; trata-se, no fundo, de estabelecer uma rede de organizações, agilizando os contactos em determinadas situações.



Para além do facto de que pode ser obrigatório contactar determinada organização ou de que determinados serviços só podem ser prestados por determinadas pessoas, existem muitas vantagens na cooperação multiprofissional e multisectorial:

- Cada serviço possui conhecimentos, competências e informação específica, que se complementam mutuamente. O contacto regular e a informação sobre os outros serviços permite um melhor conhecimento sobre quais as entidades e os recursos a contactar face a determinado problema, propiciando igualmente um melhor entendimento da perspectiva e do trabalho das outras organizações.
- Ser confrontado/a com diferentes formas de trabalhar e ter a possibilidade de discutir sobre diferentes visões e perspectivas de intervenção pode ajudar a encontrar soluções inovadoras e eficazes.
- As decisões conjuntas de vários serviços podem conduzir a uma crescente aceitação dos procedimentos, à construção de diferentes soluções e à tomada de responsabilidade partilhada e conhecida entre cada um dos serviços a nível individual.

Contudo, existem também barreiras relativamente à cooperação e ao contacto multiprofissional/multisectorial. Algumas podem ser ultrapassadas assim que os representantes das diferentes organizações se conhecem melhor entre si. Outras, contudo, estão relacionadas com o medo da competição e podem fazer-se sentir durante mais tempo. Finalmente, existem situações em que a confidencialidade e o enquadramento legal relativamente às organizações e/ou aos/as profissionais isoladamente são responsáveis pela inexistência de uma maior cooperação. Alguns exemplos destas barreiras são:

- Os/as intervenientes não conhecem o trabalho, os objectivos e as funções uns/umas dos/as outros/as, por isso, podem não saber da existência de outras organizações e das suas funções.
- Barreiras à troca de ideias entre diferentes sectores: existem frequentemente redes locais estabelecidas formalmente, bem como outras oportunidades para encontros regulares entre profissionais do mesmo campo de actuação, mas não são tão frequentes os contactos formais entre diferentes campos de actuação, como por exemplo, entre a área da prestação de cuidados a pessoas idosas e a protecção a vítimas. Nestes casos, os/as profissionais dos diferentes campos de actuação não têm encontros regulares em eventos e têm de estabelecer activamente novas redes de contactos para que a cooperação seja possível.
- Por vezes, as organizações não querem cooperar com outras porque têm receio da competição, de perder clientes e de partilhar o seu poder em determinadas áreas.
- Nalgumas situações, os/as representantes de determinadas organizações têm uma atitude rígida ou preconceituosa relativamente a outras, devido a rumores ou a anteriores experiências negativas (Fonte: Daphne, EU Project: Pro train).



Cuidados de saúde

Médico/a e Enfermeiro/a de família

Os profissionais de saúde familiar podem ter um papel central no reconhecimento da violência contra mulheres idosas e na respectiva intervenção. São, com frequência, as pessoas que reconhecem e prestam auxílio num primeiro momento e que mantêm um contacto regular com os pacientes e com a família.

Na maioria dos casos estes/as profissionais conhecem a vítima e a sua família há muitos anos estando familiarizados/as com os seus problemas. Em caso de violência, podem ajudar, referenciando o/a cliente a outras instituições para tratamentos e/ou aconselhamento adicionais. Deverão fornecer à vítima informação concreta sobre as opções e os locais onde a vítima poderá encontrar ajuda (associações de apoio a vítimas, polícia, Ministério Público, ...).

Em Portugal, pessoal médico e de enfermagem está obrigado ao sigilo profissional. Para estes casos, há várias formas de requerer o consentimento: este pode ser expresso ou tácito, consentimento presumido ou, ainda, aplicado o direito de necessidade que afasta a ilicitude do facto punível.

Profissionais de serviços sociais ou de apoio a pessoas idosas podem informar os/as profissionais de saúde acerca de eventuais suspeitas de violência; não obstante, face a alguma situação de emergência, a informação deverá ser prestada junto das autoridades criminais.

Hospital

Por vezes, as lesões provocadas pela violência são tão graves que o encaminhamento para o hospital é a única opção. O internamento hospitalar pode possibilitar à vítima que pense sobre outras soluções e, ainda, registar e documentar as suas lesões. Nalguns casos, a equipa hospitalar, em conjunto com os/as profissionais de serviço social ou outros, pode ajudar a encontrar soluções alternativas ou, pelo menos, fornecer informações detalhadas sobre eventuais opções. Os hospitais e centros de saúde dispõem de gabinetes de serviços sociais; estes, sempre que o considerem necessário, procedem ao encaminhamento das vítimas para outras estruturas especializadas no apoio às vítimas de violência doméstica. Existem ainda parcerias entre hospitais e centros de saúde em Redes Locais de combate à violência Doméstica.

Médicos/as legistas e enfermeiros/as forenses

Nos termos da legislação em vigor, as vítimas de crimes de violência doméstica, maus tratos, ofensas corporais e agressões sexuais, podem efectuar a respectiva denúncia directamente nas delegações e gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal sem necessidade de intervenção prévia de qualquer autoridade judiciária ou órgão de polícia criminal. Aquando da denúncia proceder-se-á ao respectivo exame pericial médico-legal, envolvendo a colheita de eventuais vestígios. O INML transmitirá posteriormente a denúncia ao Ministério Público, bem como o relatório do exame pericial concretizado (artigo 4º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto). Ainda, no âmbito da sua intervenção pericial, o INML promove, sempre que necessário, o acesso das vítimas de crimes a instituições de apoio à vítima ou aos serviços de saúde.

Para além da sede e delegações regionais (em Lisboa, Porto e Coimbra) em Portugal, existem gabinetes médico-legais dentro de vários hospitais, situados fora das regiões mencionadas (nomeadamente em: Angra do Heroísmo, Aveiro, Beja, Bragança, Braga, Cascais, Castelo Branco, Covilhã, Chaves, Évora, Faro, Figueira da Foz, Funchal, Guimarães, Guarda, Leiria, Ponta Delgada, Portalegre, Portimão, Santa Maria da Feira, Santarém, Santiago do Cacém, Setúbal, Tomar, Torres Vedras, Viana do Castelo, Vila Franca de Xira, Vila Real, Viseu, Extensões de Abrantes, Elvas e Mirandela). Estes gabinetes oferecem a possibilidade da realização de um exame pericial médico-legal e do registo e documentação das lesões de modo a permitir que sejam utilizadas num processo judicial.



Em primeiro lugar, e acima de tudo, a enfermagem forense trata de proporcionar às vítimas de violência e agressão sexual os melhores e mais adequados cuidados de enfermagem. Os/as enfermeiros/as forenses têm também competências ao nível da identificação das lesões, avaliação da natureza e extensão das mesmas, registo e documentação do incidente e recolha e armazenamento adequado de indícios biológicos e físicos. Os/as enfermeiros/as forenses têm ainda competências ao nível do relacionamento com as entidades judiciais e com as forças de segurança e fornecem testemunhos na qualidade de peritos em processos judiciais. (Fonte: *International Association of Forensic Nurses*)

Cuidados Continuados Integrados

Englobam um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. A prestação de Cuidados Continuados Integrados é assegurada em unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias.

Apoio domiciliário integrado

Engloba um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana. Resposta de intervenção integrada - Segurança Social / Saúde, a adequar em função da rede de cuidados continuados integrados. São seus objectivos: assegurar a prestação de cuidados de saúde e apoio social; contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e famílias na satisfação de necessidades básicas e actividades da vida diária; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; desenvolver actividades lúdico-terapêuticas-ocupacionais; assegurar o apoio aos familiares com pessoas em situação de dependência a seu cargo, incluindo a formação na prestação de cuidados. Destinam-se a pessoas em situação de dependência e suas famílias.

Serviços de apoio a vítimas de violência (doméstica)

Os serviços de apoio a vítimas de violência (doméstica) são geralmente geridos por organizações que oferecem uma variedade de serviços orientados para vítimas de crime. Podem ser, por exemplo, associações que apoiam vítimas de todos os tipos de crime ou podem estar vocacionadas para determinados grupos-alvo e determinados tipos de violência. Estas organizações são parceiros de cooperação muito importantes no caso da violência contra mulheres idosas já que têm uma vasta experiência na área da violência. Em muitos países existem organizações de apoio a vítimas de violência (doméstica) que têm uma ampla experiência na área da violência contra mulheres e crianças no contexto das famílias, ainda que, por vezes, com pouca experiência no domínio específico da violência contra pessoas idosas. Nalguns países existem também serviços de aconselhamento ou linhas de apoio a pessoas idosas (Linha do Cidadão Idoso, da Provedoria de Justiça). Embora a violência no contexto das famílias extravase as suas competências, estas entidades fornecem informação detalhada sobre outras organizações e/ou serviços e prestam aconselhamento inicial. Estas podem ser parceiros de cooperação úteis para os elementos das equipas de serviço social e de saúde na comunidade.

Os objectivos das organizações de apoio a vítimas de violência (doméstica) englobam, de uma forma genérica, objectivos no âmbito da intervenção, da prevenção, da produção de conhecimento, da sensibilização junto dos *media* e da influência na construção de políticas. Para a concretização destes objectivos, estas organizações desenvolvem diferentes tipos de actividades, nomeadamente:

- Oferecer apoio (psicológico, social e jurídico) e aconselhamento a vítimas de crimes (nomeadamente no âmbito da violência doméstica) e às suas famílias (caso assim se entenda necessário e pertinente; por exemplo, a crianças);
- Elaborar e/ou participar na pesquisa científica e na investigação sobre temas que afectam as vítimas de



Este serviço, embora se destine a pessoas idosas, também faculta aconselhamento a familiares, a serviços de prestação de cuidados e aos/as profissionais, nomeadamente de apoio domiciliário, que detectam a violência e necessitam de ajuda sobre como lidar com a situação (Fonte: Linha do Cidadão Idoso, <http://www.provedor-jus.pt/idoso.htm>).

Recentemente, a APAV tem vindo a dedicar uma atenção particular à violência contra pessoas idosas e os seus gabinetes de atendimento a vítimas têm vindo a registar um aumento de contactos. Tem, ainda, em curso uma acção de sensibilização através de uma campanha mediática sobre a violência contra pessoas idosas.

Estruturas de acolhimento a mulheres vítimas de violência doméstica: casas-abrigo

As casas-abrigo são estruturas de apoio especializado que asseguram o acolhimento residencial temporário a mulheres vítimas de violência doméstica e respectivos descendentes. A principal função das casas-abrigo consiste em dar abrigo, e, de modo confidencial, garantir a segurança das mulheres que são vítimas de violência doméstica. Disponibilizam apoio social, psicológico e jurídico às vítimas acolhidas, tendo em vista a sua reinserção social.

Actualmente existem cerca de 34 casas-abrigo em Portugal, distribuídas por doze distritos do território continental e pelas regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Esta rede apresenta uma forte implementação na faixa litoral e áreas urbanizadas do país (para informação detalhada sobre as organizações e entidades que gerem casas-abrigo consultar o Guia de recursos na área da violência doméstica em <http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/GuiaRecursosCompleto.pdf>).

Este acolhimento residencial pode ser facultado durante 6 meses; porém, em caso de necessidade devidamente justificada, a estadia é prolongada.

Em princípio, as casas-abrigo para mulheres aceitam mulheres idosas mas, frequentemente, não têm condições para acolher mulheres com necessidades de prestação de cuidados. Mais ainda, como estão sobretudo orientados para mulheres jovens, as necessidades das mulheres idosas podem nem sempre ser devidamente satisfeitas. Não obstante, o encaminhamento para estas estruturas de acolhimento só pode ser assegurado pelas organizações que as gerem, pelo que se deve empreender um contacto telefónico ou presencial prévio junto das estruturas de atendimento especializado acima referidas. Em situação de perigo de vida e após contacto com entidades criminais ou linhas telefónicas (de emergência médica, de emergência social ou especializadas na temática da violência doméstica), o encaminhamento procede-se de modo (quase) imediato (Fonte: Guia de Recursos na área da violência doméstica, <http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/GuiaRecursosCompleto.pdf>).

Instituições públicas

Também as instituições públicas desempenham um papel importante em muitos países.

Departamentos da segurança social do concelho/região enquanto estruturas de atendimento e apoio não especializada.

Nos Serviços Locais do Instituto da Segurança Social é assegurado todo o apoio à população em situação de risco, incluindo vítimas de violência doméstica. Os/as profissionais de serviço social que representam os departamentos de serviço social num concelho/região são frequentemente chamados em casos de violência e abuso. Estes serviços locais podem ser accionados todos os dias da semana, entre as 9h00 e as 17h00. Nos fins-de-semana, feriados e fora do horário indicado, poderá ser contactada a Linha Nacional de Emergência Social **144**.

Apesar das responsabilidades diferirem, dependendo do país ou área, os procedimentos e responsabilidades são, geralmente, mais claros na área da violência contra crianças no contexto das famílias do que nos casos de violência contra pessoas idosas e mulheres idosas em particular.



Existem, também, outras estruturas não especializadas que prestam, frequentemente, informação e encaminhamento para estruturas especializadas - Espaços de Informação Mulher/Gabinetes Para a Igualdade das Câmaras Municipais. Estes Espaços são estruturas que asseguram informação e aconselhamento sobre questões relacionadas com a problemática da igualdade de género, incluindo matérias relativas à violência doméstica. São dinamizados por Câmaras Municipais e a sua criação processa-se com base em protocolos celebrados entre as Autarquias e a Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres. Os Gabinetes de Desenvolvimento Social, Serviços de Informação e Acompanhamento a Vítimas de Violência Familiar, Espaços Para a Cidadania, Agências Para a Vida Local, Gabinetes de Acção Social das Autarquias, cumprem os mesmos objectivos dos Espaços Informação Mulher (Fonte: Guia de Recursos na área da violência doméstica, <http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/GuiaRecursosCompleto.pdf>).

Tribunal com competência cível - tutor/a designado/a nos termos da Lei

Os tribunais com competência cível estão mandatados para verificar todos os requisitos relativos à tutela legal. Na maioria dos países, o/a tutor/a designado/a nos termos da lei é nomeado/a pelo tribunal quando estamos face a pessoas que não são capazes de tomar decisões por si próprias no que diz respeito à sua vida (quotidiana). As funções do/a tutor/a são também definidas pelo tribunal. Em muitos países é possível pedir ao tribunal que verifique se uma pessoa necessita de um/a tutor/a ou se o/a tutor/a está a cumprir as suas funções de modo adequado. Se é nomeado/a um/a tutor/a e o/a mesmo/a não é o/a agressor/a, irá desempenhar um papel importante no planeamento de segurança e na melhoria da situação de vítima.

Autoridades policiais e criminais

O crime de violência doméstica assume a natureza de crime público, o que significa que o procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo. O Código Penal Português prevê e pune os crimes de violência doméstica.

O procedimento criminal inicia-se com a notícia do crime, e pode ter lugar através da apresentação de queixa por parte da vítima de crime, ou da denúncia do crime por qualquer pessoa ou entidade, numa Esquadra da PSP, Posto da GNR, Polícia Judiciária, ou directamente no Ministério Público.

Polícia de Segurança Pública (PSP)

A denúncia dos crimes relacionados com a violência doméstica pode ser apresentada em qualquer Esquadra da PSP. Através do Programa Integrado de Proximidade da PSP, foram criadas Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima (EPAV) em 22 cidades a nível nacional. As funções das EPAV da PSP na prevenção da violência doméstica consistem no apoio e atendimento às vítimas de crime e encaminhamento e acompanhamento pós-vitimação. Estas funções são desenvolvidas em rede com entidades parceiras a nível local, como por exemplo: Ministério Público, Autarquias, ONG/IPSS, Hospitais, entre outras.

A PSP dispõe de Salas de Apoio à Vítima nas esquadras de todo o País. Estas têm como principal objectivo providenciar um atendimento mais especializado e adequado às vítimas de crimes violentos, ou que se encontrem mais vulneráveis ou fragilizadas.

As EPAV constituem, no que diz respeito à prevenção da problemática da violência doméstica, uma primeira linha de intervenção, de protecção e segurança, de atendimento, de acompanhamento, de apoio e de encaminhamento das vítimas, apreensão de objectos (armas, roupas e outro tipo de objectos). Têm como funções: sinalizar situações de risco; atender vítimas de públicos-alvo mais sensíveis (menores, pessoas idosas) e de crimes mais traumáticos (designadamente vítimas de violência doméstica, vítimas de crimes violentos); proceder ao encaminhamento das vítimas e eventualmente de testemunhas para as entidades competentes; efectuar acompanhamento de vítimas pós-vitimação, em parceria com entidades de apoio social, nos casos mais sensíveis; isolar, em situações de flagrante delicto, as vítimas do agressor, impedindo a consumação ou continuação da agressão; prestar, por vezes, primeiros socorros à vítima;



efectuar a detenção do agressor; efectuar revista de segurança ao mesmo, informando-o do enquadramento jurídico criminal da situação e dos seus direitos e deveres processuais.

Simultaneamente, as equipas de investigação criminal da PSP ao nível nacional constituem uma segunda linha de intervenção, responsável pela gestão do local do crime, recolha dos meios de prova, inquirição de testemunhas (designadamente um inquérito de vizinhança junto à residência do agressor e da vítima para tentarem recolher informações sobre os antecedentes e contexto da violência), apreensão de objectos (designadamente armas) entre outras diligências consideradas relevantes no âmbito do inquérito.

Decorrente da necessidade de uma estratégia global de intervenção na Prevenção e Combate da Violência Doméstica, a Polícia de Segurança Pública tem desenvolvido parcerias e estabelecido protocolos com várias entidades de apoio e de garantia dos direitos das vítimas e dos cidadãos em geral, visando o desenvolvimento de um trabalho conjunto com técnicos especializados.

Na sequência do atendimento policial, as vítimas são encaminhadas para instituições/entidades de apoio adequadas e competentes, na área da saúde (psicologia, hospitais, Instituto de Medicina Legal) e da Segurança Social (Fonte: PSP, <http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/violenciadomestica.aspx>).

Guarda Nacional Republicana (GNR)

Qualquer instalação da GNR com atendimento ao público, pode ser considerada ponto de atendimento de vítimas; no entanto, a GNR dispõe de estruturas com instalações adequadas para o efeito - 249 Salas de Apoio à Vítima - e especialistas habilitados/as para o atendimento a vítimas de crime: Núcleos de Investigação e de Apoio a Vítimas Específicas (NIAVEs).

No âmbito do projecto NIAVE, a GNR dispõe de 23 núcleos, distribuídos a nível nacional em todas as sedes de distrito. Os NIAVEs compreendem os seguintes objectivos: a nível policial, efectuar o estudo do fenómeno e das suas causas, a sinalização, identificação e acompanhamento de situações e o atendimento especializado e personalizado às vítimas (e aos agressores, quando aplicável); a nível processual penal, proceder às investigações e propor as medidas adequadas à protecção das vítimas; a nível psicossocial, o encaminhamento das vítimas (e, em certos casos, dos agressores), no âmbito das redes de apoio social, o acompanhamento integrado das situações de violência e a participação activa no estudo e nos processos preventivos do fenómeno.

Nesta fase, estão a ser desenvolvidas actividades no sentido de alargar o âmbito funcional do Projecto IAVE a outros grupos de vítimas, particularmente a pessoas idosas e a pessoas com deficiência, e proceder à articulação e qualificação de outros projectos, como são os casos do atendimento das vítimas, do Projecto Idosos em Segurança, do Projecto Escola Segura e da participação da Guarda nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (Fonte: GNR, <http://www.gnr.pt/default.asp?do=0z7zr/avn8r>).

Ministério Público

É também possível apresentar queixa ou denunciar situações de violência doméstica nos tribunais, junto dos serviços do Ministério Público. O Ministério Público é a entidade pública que tem competência para instaurar um inquérito crime, promover ou aplicar medidas em defesa da vítima e ou para contenção ou repressão do agressor, para dirigir e para encerrar o inquérito, deduzir acusação ou suspender provisoriamente o processo, bem como para sustentar a acusação em julgamento, sendo o caso. Todas as denúncias apresentadas em qualquer órgão de polícia criminal são reduzidas a escrito e remetidas ao Ministério Público. O Ministério Público tem magistrados especializados na investigação do crime de violência doméstica (Fonte: http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/home_cd_agi_st.php).



Apoio informal ou semi-formal

Para além dos prestadores de cuidados profissionais, também o apoio informal ou semi-formal pode ser necessário e muito útil. Existem várias formas, especialmente nos casos de apoio informal. Algumas ofertas são apenas relevantes para a vítima, outras são-no também para o/a agressor/a e algumas existem sobretudo para aliviar a sobrecarga da pessoa prestadora de cuidados.

Família

A família pode ser uma fonte de apoio muito importante, embora isso dependa muito da situação específica. Nos casos de violência no contexto das famílias, pode acontecer que os elementos familiares se sintam sobrecarregados e não sejam capazes de contribuir activamente para uma solução, já que se encontram, em parte, muito envolvidos (quanto mais não seja, a nível emocional). Noutros casos, pode ser uma boa ideia tentar encontrar soluções em conjunto com os/as familiares. Este é um tema bastante complexo que só deve ser decidido no contexto da situação específica.

Pode haver casos em que é necessário e útil envolver outros elementos da família, vizinhos/as ou pessoas amigas. Nestas situações, deve sempre considerar-se a questão da confidencialidade. É especialmente importante envolver outras pessoas relevantes se o/a principal responsável pela prestação de cuidados não é o/a agressor/a. Por exemplo, quando um marido presta cuidados à sua mulher e se detecta que o seu filho violenta a mãe. Nestes casos pode ser útil tentar encontrar uma solução em conjunto com a pessoa prestadora de cuidados e a vítima, bem como falar com a pessoa prestadora de cuidados a sós.

Outro problema surge quando o/a agressor/a é o/a principal responsável pela prestação de cuidados de um/a cliente que sofre de demência. Podem estar envolvidos outros familiares que não se apercebem de que a mulher com demência está a ser vítima de violência. Será então importante informá-los e envolvê-los.

Paróquia e/ou grupos religiosos

Nalguns países as igrejas e grupos religiosos desempenham um papel importante na oferta de apoio emocional em geral. Esta oferta inclui, por vezes, grupos de auto-ajuda ou outras alternativas de reunião e partilha de experiências com outros/as.

Grupos de auto-ajuda

Em quase todos os países existem grupos de auto-ajuda ou apoio para diferentes grupos-alvo. Estes grupos podem dar um grande contributo relativamente à oferta de apoio emocional e empoderamento. O nível de formalismo e organização destes grupos pode diferir, bem como os respectivos grupos-alvo e objectivos específicos. Em Portugal, estão em curso dois Grupos de Ajuda Mútua para vítimas de violência doméstica – um no Porto (e Braga) e outro em Lisboa (Hospital de Santa Maria) (Fonte: Lisboa, M. et al (2010) Estudo de avaliação do *III Plano Nacional contra a Violência Doméstica*. Relatório final. Lisboa: CIG. http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/rel_final.pdf).



real para resolver, a colaboração seja mais fácil. Se possível, pode ser muito útil contactar as pessoas que já se conhecem informalmente. Nos casos em que não se conhece o/a interlocutor/a, a cooperação pode ser facilitada se, no início, for feita uma apresentação, dando a conhecer as respectivas funções dentro da organização e a responsabilidade relativamente ao caso em questão.

Existem vários passos que podem ser dados para melhorar as redes de contacto no campo da prevenção e intervenção relativamente à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias:

- Estabelecer grupos para discussão do caso com os/as respectivos/as intervenientes;
- Procurar/participar em redes de contacto existentes;
- Estabelecer uma nova rede de contactos com intervenientes relevantes (reflectir sobre que profissionais dentro da própria organização devem participar);
- Ter consciência de que as redes de contacto formalmente estabelecidas podem também encorajar os contactos informais, permitindo uma troca informal de informações e conselhos importantes.

Em muitos países há a necessidade de melhorar a cooperação e as redes de contacto entre os serviços de prestação de cuidados a pessoas idosas e os serviços de protecção e apoio a vítimas.

Na tentativa de estabelecer uma boa cooperação, existirão sempre alguns obstáculos de que é necessário ter consciência. Por exemplo:

- A regulamentação sobre o sigilo profissional (confidencialidade) deve ser tida em conta. Existem determinados assuntos que não podem ser comunicados a outras pessoas. Esta situação depende da legislação nacional e regional (ver módulo 6);
- Por vezes, a competição entre as organizações impede uma cooperação mais profunda;
- A não-observância das hierarquias ou das regras explícitas ou implícitas de uma organização pode ser uma barreira à cooperação;
- Deve assegurar-se que os/as profissionais mais indicados/as para cada caso estão a cooperar;
- Deve tentar encontrar-se uma fórmula que seja efectiva, mas que não consuma demasiado tempo.

Questão específica: Não existe apoio dentro da própria organização

Nalguns casos pode acontecer que a cooperação entre a própria equipa não esteja a funcionar devido ao facto dos/as coordenadores/as e os/as colegas não quererem ser confrontados/as com o tema da violência contra mulheres idosas. As diferentes razões para que isto aconteça foram tratadas no módulo 4. Não obstante, as principais razões englobam o receio de perder clientes, o medo de uma sobrecarga de trabalho e o receio de serem confrontados/as com um assunto delicado e até penoso.

É muito difícil para os/as profissionais lidarem com estas situações, já que as mesmas podem significar que a situação de violência é identificada mas que não obtêm uma autorização oficial para uma intervenção mais profunda.

Os/as profissionais devem saber que não é apenas sua a responsabilidade de encontrar uma solução. Mas, também aqui, a cooperação ou, pelo menos, o conhecimento de outros serviços, pode ajudar a gerir a situação. Podem, por exemplo, contactar uma linha de apoio para vítimas de violência doméstica e pedir conselhos anonimamente. Em casos de demência, podem contactar com o tribunal com competências cíveis da região e pedir que verifiquem a situação. Podem também informar a vítima acerca das possibilidades de intervenção e podem informar outros familiares ou o/a médico/a de família. Nestes casos, a questão da confidencialidade tem de ser tida em conta. Este tipo de situação não é ideal mas os/as profissionais têm de estar conscientes de que pode acontecer.

Questão específica: O papel das tecnologias de informação e comunicação (TIC)

Há um desenvolvimento crescente das tecnologias de informação e comunicação que podem apoiar os/as profissionais de diferentes formas. As TIC podem ser usadas como uma ajuda à criação de redes de contacto



mas também para a detecção e denúncia de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Pode ainda ser uma ferramenta útil para auxiliar as vítimas na denúncia da violência e como meio de prevenção.

Os/as profissionais podem usar as TIC das seguintes formas:

- Estabelecimento de grupos profissionais para cooperação multisectorial ao nível do apoio a vítimas de violência, nas redes sociais como o *Facebook*, através de emails, etc. ou criação de estruturas de denúncia, registo e documentação (utilizando formulários de texto livre ou, nalguns países, formulários electrónicos oficiais já preparados).
- Pesquisa de informação genérica relacionada com a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias, nomeadamente: incidência da violência, análise de resultados, detalhes de contacto para o tratamento multiprofissional e multisectorial da violência, relatórios de investigações, etc. Pesquisa de bibliografia profissional utilizando por exemplo o Google Scholar ou o Medline.
- Em Portugal existe a possibilidade de apresentação de queixa eletrónica em caso de suspeita de violência doméstica: <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/sqe.aspx?!=PT#>).

As TIC podem também ser usadas pelos/as familiares para facilitar a comunicação com as vítimas, especialmente através da utilização de equipamentos de TIC mais recentes (como o Skype) em combinação com formatos mais familiares para as pessoas idosas (como o telefone via Skype).

Uma visão do futuro

Os desenvolvimentos relativamente ao *Facebook*, *Google +*, *Skype*, Telemedicina, Teleenfermagem, etc. são e serão importantes para ajudar a prevenir e para lidar com a violência contra mulheres idosas no futuro. Com a avançada tecnologia de informação e comunicação existente e disponível é (ou será) também possível monitorizar mulheres idosas para evitar situações repetidas de violência. As mulheres idosas vítimas de violência serão cada vez mais capazes de utilizar a internet, telemóveis de SOS e dispositivos de comunicação avançados para denunciar situações de violência. Claro que as redes sociais também têm aspectos negativos no que diz respeito a questões relacionadas com a segurança e as pessoas idosas têm de estar avisadas para serem cuidadosas e seguirem algumas regras de segurança.

PLANO DE SESSÃO

Pressupostos: É importante que o/a formador/a adapte o conteúdo e o ritmo do módulo às funções dos/as formandos/as que participam na acção de formação e também às especificidades regionais e do país. Alguma da informação detalhada sobre as organizações relevantes para a cooperação e sobre as situações e o modo como essa cooperação se desenrola só será pertinente a nível local, o que significa que o/a formador/a tem de fazer alguma pesquisa prévia para complementar a informação nacional acima disponibilizada.

As dinâmicas do trabalho devem estar directamente ligadas às necessidades dos/as formandos/as que participam na acção de formação. Quando os/as formandos/as são, por exemplo, auxiliares de apoio domiciliário que não estão em posição de cooperar com outras instituições na sua comunidade local, o enfoque deve estar na cooperação dentro da organização (por exemplo com o/a coordenador/a de equipa). O/a formador/a deve ter sempre presente uma adaptação cuidadosa do andamento do módulo de acordo com o grupo-alvo ao qual o curso de formação se dirige. Deve considerar as experiências e conhecimentos prévios dos formandos/as e também o âmbito das suas funções.

Distribuição de tempos: Este módulo centra-se nos aspectos concretos da cooperação. Quanto tempo será gasto e em quê dependerá também do grupo-alvo que participa na acção de formação (por exemplo, auxiliares de apoio domiciliário, conselheiros/as, enfermeiros/as comunitários/as...) assim como da comunidade local específica em que os/as formandos/as irão ou estão a trabalhar. Dentro do grupo, a experiência dos/as formandos/as ao nível da cooperação deverá estar no centro das atenções.

Rasteiras: Pode acontecer que os/as formandos/as não estejam em posição de cooperar com outros serviços na sua comunidade local. Contudo, todos os participantes devem ter uma panorâmica geral sobre as organizações relevantes na sua comunidade e estar conscientes de quais as linhas de apoio ou organizações que podem contactar para pedir conselhos, anonimamente, se não tiverem nem souberem de outras alternativas.

TÓPICO 1 PORQUÊ COOPERAR?

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as terão a oportunidade de discutir as razões e as situações em que a cooperação com outras organizações é relevante, importante e útil. Esta discussão consiste sobretudo na recolha das experiências e ideias dos/as formandos/as sobre cooperação.

Objectivos de aprendizagem

- Saber porquê e em que situações a cooperação com outras organizações é importante;
- Reconhecer as vantagens e barreiras à cooperação multiprofissional;
- Perceber os diferentes termos: multisectorial, multiprofissional, etc.

Métodos e distribuição de tempos

	
Breve apresentação do tópico (<i>Slides 2-4</i>)	2'
Exercício 1 – ‘ <i>Brainstorming</i> sobre vantagens e barreiras à cooperação’ Recolha, no <i>flip-chart</i> , de contribuições dos/as formandos/as sobre as suas experiências <ul style="list-style-type: none"> • Porque razão é importante a cooperação e quais são as suas vantagens? • Quais podem ser as barreiras à cooperação? 	5'
Discussão em torno das respostas e das contribuições dadas Sistematização dos contributos para o tópico 1 (<i>Slides 6-7</i>)	8'

Passo 1

Fazer uma curta introdução ao tópico, incluindo uma breve definição dos termos “cooperação multisectorial” e “cooperação multiprofissional”. Lembrar os/as formandos/as de que o princípio fundamental deve ser: “nunca agir sozinho/a em situações delicadas no que diz respeito à violência contra mulheres idosas”. Contudo, os/as formandos/as devem também ter consciência dos obstáculos com que podem deparar-se ao trabalharem com elementos de outros grupos da mesma área de actuação ou de áreas de actuação diferentes.

Passo 2

Pedir aos/às formandos/as que pensem na sua própria experiência no que diz respeito à cooperação com outros serviços na comunidade local, relativamente a situações de violência contra mulheres idosas, e perguntar-lhes porque razão a cooperação é importante e quais as suas vantagens. Recolher as respostas no *flip-chart*.

Passo 3

Perguntar de seguida aos/às formandos/as quais os obstáculos com que se depararam na cooperação com outros/as e recolher as respostas no *flip-chart*/quadro.

Passo 4

Rever as respostas dos/as formandos/as e completar com os temas em falta (*slides 6-7*).

TÓPICO 2 E 3 QUE TIPO DE ORGANIZAÇÕES DISPONIBILIZAM QUE TIPO DE APOIO E PRINCÍPIOS DE UMA COOPERAÇÃO BEM SUCEDIDA

Em resumo

É feito um enquadramento das diferentes organizações relevantes no contexto da violência contra mulheres idosas. Os/as formandos/as ficam a conhecer as diferentes organizações, tanto a nível geral como na sua comunidade local, e ficam também a saber a quem se devem dirigir dependendo da situação que estão a tratar.

Objectivos de aprendizagem

- Conhecer as organizações que lidam com a violência contra mulheres idosas;
- Procurar organizações na comunidade local;
- Saber a quem recorrer (organização, serviço) e em que caso;
- Abordar os princípios básicos de uma cooperação bem sucedida;
- Conhecer o possível apoio que pode ser dado pelas TIC no estabelecimento de uma rede de contactos.

Métodos e distribuição de tempos

	
<i>Brainstorming</i> em plenário sobre quais os serviços que podem ser relevantes no âmbito da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias (<i>Slides</i> 9-10)	5'
Exercício 2 - Trabalho de grupo para recolha de informação sobre organizações a contactar na comunidade local (sociograma das organizações)	40'
Discussão em plenário: Os resultados serão apresentados; cada grupo apresentará o respectivo sociograma e as suas conclusões. O/a formador/a reunirá a lista de pontos positivos e negativos de uma cooperação bem sucedida e completará com a informação que estiver em falta relativamente ao Tópico 3, mencionando o uso das TIC na cooperação e elaboração das redes de contactos (<i>Slides</i> 12-15)	30'

Passo 1

É pedido aos/às formandos/as que pensem em organizações/grupos profissionais com quem eventualmente precisem de colaborar em caso de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. O/a formador/a completa a informação com as organizações/grupos profissionais importantes do Tópico 2 que possam estar em falta (*slides* 9-10).

Passo 2

É pedido aos/às formandos/as que se dividam em pequenos grupos e é atribuída, a cada grupo, uma organização para trabalhar. Se os/as formandos/as vierem de diferentes áreas/regiões, podem dividir-se os grupos de acordo com as áreas/comunidades locais para que procurem organizações nas suas comunidades.

Passo 3

É distribuído aos/às formandas o documento de apoio relativo ao tópico 2 (sociograma das organizações) e que identifiquem no mapa as organizações existentes na sua comunidade, bem como o tipo de cooperação existente entre elas (utilizar para isso a legenda proposta).

É importante referir que o mapa apresentado é apenas um exemplo de um sociograma que deverá ser adaptado à realidade local sobre a qual cada grupo está a trabalhar. É pedido, igualmente, aos/às formandos/as que respondam às seguintes perguntas, utilizando a sua experiência e, se possível, a internet:

- Quais são as funções típicas das organizações no que diz respeito à violência contra mulheres idosas (no contexto das famílias)?
- Em que casos recorreriam a uma dessas organizações?
- Que tipos de grupos profissionais trabalham nessa organização?
- Estão obrigados/as a contactar essa organização/grupo profissional?
- Com que outras organizações/grupos profissionais trabalha essa organização?
- Quais são os respectivos contactos, horário, como pode ser contactada?
- Têm alguma experiência, positiva ou negativa, com essa organização? Se sim, dêem exemplos.
- Como podem assegurar um bom contacto/comunicação com essa organização?
- Quais os problemas que podem surgir ao trabalhar com essa organização/grupo profissional?

É pedido aos/às formandos/as que recolham os seus resultados nas folhas grandes (tipo *flip-chart*).

Passo 4

Os/as formandos/as apresentam os seus resultados em plenário. Os/as formadores/as visualizam-nos no *flip-chart*/quadro, por exemplo como um mapa (da comunidade local - utilizando as moradas das organizações; encontra-se disponível nos documentos de apoio - Tópico 1 um exemplo de um sociograma que deve ser preparado pelo/a formador/a) ou reúnem a informação num ficheiro de word, depois da sessão de formação, e enviam-no aos/às formandos/as. Se não for possível aplicar o exercício (sociograma das organizações) durante a formação, o/a formador/a explica os objectivos e funcionamento do mesmo para que aquele possa ser completado posteriormente pelos/as formandos/as.

Passo 5 - Tópico 3: Princípios de uma cooperação bem sucedida

As respostas às últimas duas perguntas devem ser reunidas em plenário para elaborar uma lista de pontos positivos e negativos relativamente a uma cooperação bem sucedida. Os/as formandos/as devem chegar a acordo em relação aos pontos positivos e negativos mais importantes. O/a formador/a pode completar com alguns pontos em falta (*slide* 13).

Material didáctico

- Acesso à internet - computadores
- Quadro/*Flip-chart*
- Folhas grandes (tipo *flip-chart*)
- Canetas e marcadores
- Papel

EXERCÍCIO ALTERNATIVO¹:
TÓPICO 2 QUE TIPO DE ORGANIZAÇÕES
DISPONIBILIZAM QUE TIPO DE APOIO?

Métodos e distribuição de tempos

	
Exercício 3 - Apresentação do estudo de caso e formação de pequenos grupos	5'
Trabalho de grupo sobre a cooperação utilizando os estudos de caso	30'
Sessão em plenário: Discussão dos resultados dos grupos de trabalho Exposição e discussão sobre outras organizações importantes e as situações em que devem ser contactadas (<i>Slides 9-10</i>) Recolha dos pontos positivos e negativos da cooperação (Tópico 3) (<i>Slide 13</i>)	40'

Passo 1

Apresentação dos estudos de caso e organização de pequenos grupos. Se existirem formandos/as com diferentes perfis profissionais pode ser interessante ter grupos heterogéneos para que existam diferentes perspectivas em cada grupo. Todos os grupos estão familiarizados com os dois estudos de caso (Documentos de apoio – Estudo de caso).

Passo 2

Metade dos grupos vai receber um estudo de caso que necessita de uma intervenção imediata. A outra metade receberá um outro estudo de caso em que se assume que a vítima de violência não está em perigo eminente.

Passo 3

Numa primeira ronda, os grupos devem responder às seguintes perguntas:

- Que passos dariam nesta situação?
- A quem recorreriam imediatamente?
- A quem recorreriam numa fase posterior?

Passo 4

Numa segunda ronda, para cada organização/pessoas acima mencionadas, devem tentar responder às seguintes perguntas:

- Têm alguma experiência, positiva ou negativa, com esta organização? Se sim, dêem exemplos.
- Como contactariam esta organização?
- O que esperam que esta organização/grupo de pessoas faça?
- O que fariam para assegurar um bom contacto/comunicação com esta organização?
- Que problemas poderiam surgir ao trabalharem com esta organização/grupo profissional?

Pedir aos/às formandos/as para anotarem as suas respostas nos *flip-charts*.

¹ Este exercício é baseado nas experiências do *Community Nurse Centre* e do *Social Work Centre* em Maribor, Eslovénia.

Passo 5

Em discussão plenária, cada grupo apresenta os seus resultados promovendo-se, de seguida, a respectiva discussão. Deverá discutir-se a questão “o que fazer se a minha organização não me apoiar?”, caso a mesma não seja referida pelos/as formandos/as.

Passo 6

O/a formador/a pergunta aos/às formandos/as que outras organizações não mencionadas podem ser importantes noutros casos e refere algumas delas (*slides 9-10*).

Passo 7 - Tópico 3: Princípios de uma cooperação bem-sucedida

As respostas às últimas duas perguntas são reunidas em plenário para elaborar uma lista de pontos positivos e negativos relativamente a uma cooperação bem-sucedida. Os/as formandos/as devem chegar a acordo em relação aos pontos positivos e negativos mais importantes. O/a formador/a pode completar com alguns pontos em falta (*slide 13*).

SOCIOGRAMA DAS ORGANIZAÇÕES

Por favor, pensem em organizações/grupos profissionais com quem eventualmente precisem de colaborar em caso de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias.

Identifiquem, de acordo com a legenda proposta, os diferentes tipos de cooperação (existente ou potencial) entre as organizações identificadas, bem como as características desses relacionamentos institucionais e profissionais.

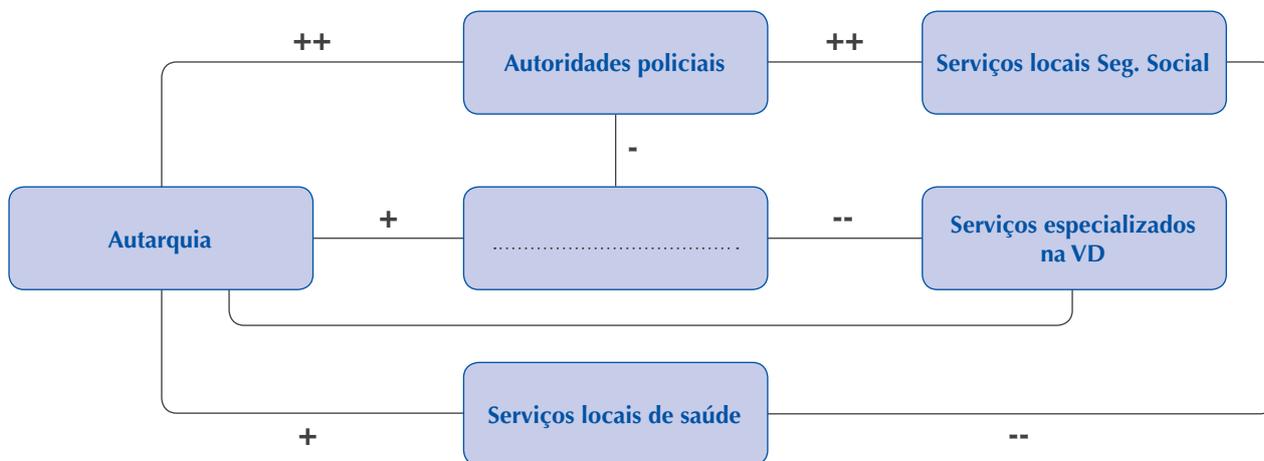
Respondam, por favor, às seguintes perguntas, utilizando a vossa experiência (caso seja possível, poderá ser utilizada a internet):

- Quais são as funções típicas das organizações no que diz respeito à violência contra mulheres idosas (no contexto das famílias)?
- Em que casos recorreriam a uma dessas organizações?
- Que tipos de grupos profissionais trabalham nessa organização?
- Estão obrigados/as a contactar essa organização/grupo profissional?
- Com que outras organizações/grupos profissionais trabalha essa organização?
- Quais são os respectivos contactos, horário, como pode ser contactada?
- Têm alguma experiência, positiva ou negativa, com essa organização? Se sim, dêem exemplos.
- Como podem assegurar um bom contacto/comunicação com essa organização?
- Quais os problemas que podem surgir ao trabalhar com essa organização/grupo profissional?

Caso não seja possível aplicar o exercício (sociograma das organizações) durante a formação, sugerimos-lhe que complete o exercício posteriormente na sua organização. A realização deste exercício pode ser de grande utilidade, pois irá permitir identificar os recursos a mobilizar no contexto local, identificando potencialidades existentes e obstáculos a ultrapassar.

Igualmente útil será a recolha posterior de informação (via internet ou telefone) relativa ao funcionamento das diferentes organizações na sua comunidade local (contactos, horário de funcionamento, etc.), caso não seja possível a utilização de internet durante a formação.

Exemplo de um sociograma de organizações na comunidade local



Legenda:

— Existe relação ++ Relação muito positiva + Relação positiva - Relação negativa -- Relação muito negativa



ESTUDO DE CASO

Caso 1

Uma enfermeira que presta apoio domiciliário recebe uma chamada de uma vizinha que está preocupada com a sua amiga, uma mulher de 75 anos que vive sozinha no apartamento do lado e de quem não sabe nada há dois dias. A vizinha refere à enfermeira que está preocupada porque ouve frequentemente a mulher idosa e o seu filho a gritarem e a discutirem.

A enfermeira conhece a mulher de 75 anos de algumas visitas de prevenção anteriores e porque a mulher é diabética. É viúva e vive sozinha no seu apartamento. Tem um filho que é casado e vive fora da cidade. Apesar de estar desempregado, raramente a visita e aparece normalmente no final de cada mês, quando a mãe recebe a sua pensão de reforma. O/a único/a familiar próximo/a é a sua irmã mais nova com quem tem pouco contacto.

No dia em que recebe a chamada, a enfermeira vai visitar a mulher. Encontra-a no meio de uma situação complicada, com o filho está a gritar com ela e a culpá-la pelo seu azar. Está visivelmente alcoolizado e muito zangado. A tensão aumenta. O filho bate e empurra a mãe pelo corredor fora.

Caso 2

A enfermeira que presta apoio domiciliário vai fazer uma visita preventiva a uma mulher de 75 anos que é viúva e vive sozinha num apartamento. É diabética e gere bem a sua doença. Durante a visita a mulher idosa expressa preocupação pelo seu filho porque vem frequentemente visitá-la alcoolizado. Refere que ele perdeu o trabalho há relativamente pouco tempo e que a sua família, de cinco pessoas, luta com dificuldades para viver o dia-a-dia, já que só a mulher tem um rendimento. O filho vem visitá-la normalmente no final de cada mês, quando a mãe recebe a pensão de reforma. Grita muito e quer o seu dinheiro. A mulher idosa está preocupada e com medo que os/as vizinhos/as chamem a polícia. Pede à enfermeira conselhos e ajuda.

MÓDULO 8

Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Enquadramento	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
TÓPICO 1 Tensão, stress e esgotamento - trabalhar e intervir em situações violentas como factor de risco para a saúde mental dos/as profissionais	pág. 04	pág. 14	pág. 19
TÓPICO 2 Situações difíceis no contexto da violência: limites (inter)personais, organizacionais e institucionais	pág. 08	pág. 15	
TÓPICO 3 Como gerir situações difíceis e cuidar de nós próprios/as?	pág. 10	pág. 17	

Recomendações para leituras adicionais pág. 25

Referências bibliográficas pág. 26

INTRODUÇÃO

Gerir o tema da violência pode ser muito difícil para os e as profissionais do sector da saúde e da prestação de cuidados. As tensões, o *stress* e uma certa fadiga mental serão muitas vezes inevitáveis. Se os/as profissionais não conseguem lidar com estes desafios adequadamente podem mesmo entrar em situações de esgotamento. Por isso, é muito importante ter-se consciência das situações difíceis e aprender a lidar com elas. É também fundamental que os/as profissionais saibam que têm de pensar, não só no bem-estar das outras pessoas, mas também no seu próprio bem-estar.

O objectivo deste módulo é, em primeiro lugar, fazer com que os/as profissionais tomem consciência dos riscos de um envolvimento muito pessoal e, em segundo lugar, fazê-los/as tomar consciência dos limites (inter)personais e organizacionais relativamente a possíveis intervenções no que diz respeito à oferta de ajuda e apoio em situações de violência contra pessoas idosas no contexto das famílias. Estes limites podem ter aspectos positivos e negativos relativamente à saúde mental dos/as profissionais. Finalmente, procurou centrar-se este módulo nas estratégias a utilizar pelo/a profissional por forma a lidar com as situações difíceis que surgem no âmbito da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias e no modo como podem cuidar de si próprios/as face a esta problemática.

Assim, no tópico 1 serão exploradas as diferenças entre ‘tensão’, ‘*stress*’ e ‘esgotamento’. O tópico 2 centrar-se-á nos diferentes tipos de limitações e nas respectivas implicações e consequências relativamente aos problemas com que os/as profissionais poderão confrontar-se. Finalmente, no tópico 3, serão abordados e partilhados conselhos e sugestões sobre como lidar com situações difíceis relacionadas com o tema da violência.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Estar consciente dos limites/segurança pessoal e das responsabilidades institucionais;
- Rever e analisar situações difíceis;
- Conhecer estratégias e formas de intervenção concretas para lidar com situações difíceis, para cuidar de nós próprios/as e para prevenir situações de esgotamento.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
TÓPICO 1 Tensão, <i>stress</i> e esgotamento — trabalhar e intervir em situações violentas como factor de risco para a saúde mental dos/as profissionais	10'
Apresentação de possíveis definições dos três conceitos, suas interligações e respectivos impactos pessoais e profissionais	
TÓPICO 2 Situações difíceis no contexto da violência: limites (inter)pessoais, organizacionais e institucionais	40'
Exercício 1 “Situações difíceis e limites de intervenção”	
Formação de grupos	
Recolha de situações difíceis em grupo	
Apresentação, análise e discussão de resultados (incluindo dados complementares)	
TÓPICO 3 Como gerir situações difíceis e cuidar de nós próprios/as?	40'
Exercício 2 “Como gerir situações difíceis”	
Sugestões para a gestão de situações difíceis (entrevistas em pares)	
Apresentação das sugestões dos/as parceiros/as e discussão (incluindo dados complementares)	
Encerramento da sessão (ronda de <i>feedback</i> - ou exercício)	



Como ficou claro nos módulos anteriores, lidar com situações de violência pode ser muito difícil para os/as profissionais. Cada pessoa tem os seus valores e padrões. Os/as profissionais de serviço social e de saúde sabem que os seus valores e padrões nem sempre estão alinhados com os do/a cliente. Cabe ao/a profissional saber lidar com esta situação de uma forma equilibrada. Para se proteger a nível profissional e pessoal, o/a profissional necessita de manter certos limites.

Enfoque nas dinâmicas positivas e não nas negativas

Como discutido detalhadamente no módulo 3, as dinâmicas do comportamento violento no contexto das famílias são bastante complicadas e podem facilmente arrastar para o seu centro alguém que esteja fora da situação. Esta é uma das principais dificuldades que surge no trabalho com situações de violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Lidar com estas dinâmicas de uma forma adequada é também um passo importante para que o/a profissional se proteja.

Um instrumento útil que podemos utilizar, ao sermos confrontados/as com a violência ou com outros comportamentos de transgressão, é o Triângulo Dramático ou o Triângulo do Poder ou do Vencedor e respectivos princípios. Quer num, quer noutro, poderemos identificar três posicionamentos que interagem e se reforçam mutuamente. No Triângulo Dramático, as posições são mais opressivas, têm um maior peso e consomem mais energia. Aqui joga-se (inconscientemente) o jogo do poder. No Triângulo do/a Vencedor/a as posições são libertadoras, curativas e fortalecedoras e a pessoa age utilizando a sua força interior.

Segundo Stephen B. Karpman (1968), 'o drama começa quando determinados papéis são estabelecidos e cimentados'. Ele faz a distinção entre o/a perseguidor/a, a vítima e o/a salvador/a. Quando estes papéis são adoptados de uma forma inflexível, o 'drama' evolui e os/as protagonistas são envolvidos/as no Triângulo Dramático, exibindo um comportamento "típico": ao ser agressivo e exigente, o/a perseguidor/a empurra outras pessoas para o papel de vítimas. A partir daqui, a 'vítima' pode agir de modo a que não haja hipótese de resolver os problemas subsequentes. O/a 'salvador/a' assume a responsabilidade e tenta resolver os problemas da vítima.

De acordo com este modelo, o/a profissional pode encontrar-se no papel de salvador/a e pode ser tentado/a a assumir toda a responsabilidade pela resolução do problema. Assumir demasiada responsabilidade sem o envolvimento de outras pessoas, especialmente das que estão directamente envolvidas, pode ser uma causa de *stress* e pode consumir muita energia. Um modelo alternativo, o "Triângulo do/a Vencedor/a ou do Poder", mostra-nos como estas dinâmicas podem ser invertidas para lidar com as situações difíceis de uma forma positiva (Deltour,s/d).

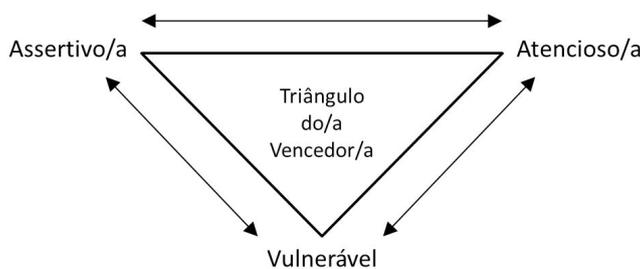
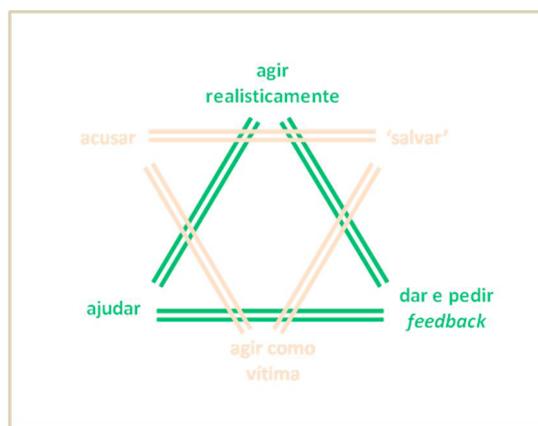
O Triângulo do Poder é uma alternativa ao Triângulo Dramático uma vez que as pessoas agem a partir do poder que têm quando comunicam. As posições contempladas no triângulo designam-se por "atencioso/a", "assertivo/a", "vulnerável" ou "como usar a sua vulnerabilidade". Estas são qualidades pessoais que a pessoa pode utilizar.

Características de uma pessoa que utiliza a sua força "atenciosa": uma pessoa que é atenciosa não assume a responsabilidade pela outra pessoa. Tem uma atitude respeitosa e compreensiva e, partindo da sua própria responsabilidade, procura formas de apoiar a outra pessoa. A atitude básica deve ser: eu acredito que tu podes crescer, por muito vulnerável e indefesa que possas sentir-te.

Características de uma pessoa que utiliza o seu poder "assertivo": você está preocupado/a em cuidar de si próprio/a. Cuida de si próprio/a, mas de uma forma em que exprime os seus pensamentos, sentimentos e convicções, de forma apropriada e directa, mas respeitando os sentimentos e convicções das outras pessoas.

Características de uma pessoa que utiliza a sua "vulnerabilidade": a vulnerabilidade parece ser a posição mais difícil porque, contrariamente às posições anteriores, trata-se aqui de um movimento para o interior de si

próprio/a que você pode querer (ou não) partilhar com outras pessoas. A questão aqui é olhar para si próprio/a, tendo em atenção quer as suas forças, quer as suas vulnerabilidades e utilizar esse auto-conhecimento.



A ideia é a de que os/as profissionais possam comunicar positivamente a partir da sua posição de poder. Podem usar as posições inflexíveis do “Triângulo Dramático” de um modo flexível. Neste caso, os diferentes aspectos do triângulo são: ‘ser-se atencioso/a, assertivo/a e saber lidar com a vulnerabilidade’ Se este aspectos forem usados de uma forma flexível podem conduzir a comportamentos positivos e a uma gestão adequada das situações difíceis.

Cabe às organizações apoiar os/as seus/suas coordenadores/as e elementos das equipas para lidarem com este tipo de dinâmicas de um modo construtivo e para os/as capacitar de que devem manter a distância necessária e não se envolverem demasiado. Os/as próprios/as profissionais também necessitam de informação, apoio, estímulo positivo e oportunidades para serem capazes de se afastarem destas situações - temporária e permanentemente. Estar consciente dos problemas e das limitações com que os/as profissionais se confrontam significa saber lidar com os problemas que surjam. Esta atitude é muito importante e os dois tópicos seguintes centrar-se-ão nesta temática.



TÓPICO 3 COMO GERIR SITUAÇÕES DIFÍCEIS E CUIDAR DE NÓS PRÓPRIOS/AS?

Em primeiro lugar deve salientar-se novamente que a segurança dos/as profissionais de serviço social e de saúde é muito importante. Como mencionado no módulo 6, os/as profissionais podem ser confrontados com situações de violência no contexto doméstico, por exemplo, sendo ameaçados/as, insultados/as ou ainda fisicamente agredidos/as. Devem sempre ter em mente a necessidade de garantir a sua segurança.

À exceção de situações de perigo iminente (⇨ chamar a polícia!), deve sempre existir um equilíbrio bem ponderado e comunicado entre os interesses do/a cliente - as suas necessidades e a sua vontade! - e as necessidades dos/as profissionais.

Deve sempre ter-se em mente que, na generalidade, as mudanças nos sistemas familiares são muito lentas - partindo do princípio que chegam a ocorrer. Temos de ter cuidado para não “ultrapassarmos” o/a cliente e quanto mais pacientes formos, mais temos de ter consciência de que a nossa frustração, incerteza e infelicidade pode aumentar. É importante assegurar que o nosso comportamento é equilibrado e flexível.

Existem também diferentes tipos de intervenção e prevenção que correspondem aos diferentes níveis de problemas e limites com que o/a profissional se depara relativamente à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias (ver também o quadro abaixo):

A **nível individual**, é importante estar consciente de que (o/a profissional) não é inteiramente responsável pela resolução dos problemas das outras pessoas e pelas respectivas decisões. Existirão sempre muitos aspectos da vida e dos relacionamentos do/a seu/sua cliente que nunca conhecerá ou compreenderá completamente. Por isso, é importante que estabeleça os seus próprios limites para se manter física e mentalmente saudável e em segurança. Tente estar consciente de que o que pode influenciar é a sua percepção da situação. Tente ser capaz de distinguir entre os factos concretos e a sua própria interpretação da situação, baseada nos seus sentimentos e/ou valores éticos. Outras pessoas, como a mulher idosa vítima de violência ou os/as seus/suas colegas podem interpretar a mesma situação de modo diferente.



Se estiver a tentar oferecer apoio a uma mulher idosa que é vítima de violência e ela recusar essa ajuda, deve respeitar a sua decisão. Pode, no entanto, ajudá-la disponibilizando-se para a ouvir e deixando claro que essa disponibilidade se manterá no futuro, se e quando a mulher entender recorrer à sua ajuda. Pode falar e reflectir sobre a situação com os/as seus/suas colegas, mantendo a confidencialidade.

Se se vir confrontado/a com uma situação de perigo iminente, chame imediatamente a polícia. Esta atitude deve ser tomada em situações em que existe uma agressão física e em que a vítima ou o/a profissional (ou ambos/as) correm perigo de vida. Se não existir perigo iminente, tente falar com a vítima e partilhar a informação com os/as colegas, pedindo-lhes o seu apoio.

No que diz respeito aos níveis organizacional e institucional é muito útil para os/as profissionais estabelecerem limites claros em relação às regras, competências e responsabilidades, esclarecendo a sua posição e enfrentando a situação. Tais regras podem evitar muitos conflitos interpessoais e sentimentos de culpa. Este tipo de regras, como os componentes estruturais, a possibilidade de horários alternativos, os instrumentos de triagem ou a oferta de cursos de formação durante o horário de trabalho são da responsabilidade da equipa de gestão da organização.

Contudo, existem algumas coisas que os/as profissionais podem fazer para melhorar a situação. Por exemplo, se não tem tempo suficiente para lidar com uma determinada situação e se for viável, fale com o/a seu/ sua coordenador acerca da reorganização das suas tarefas ou sugira uma reunião de equipa para reflectir sobre este assunto. Se não for possível lidar com a situação a um nível organizacional, pode tentar reorganizar algumas das suas tarefas (se possível) ou obrigar-se a ter mais tempo para si.

Pode ser muito útil fazer um esforço para aprender com os/as seus/suas colegas e estar aberto/a a novas sugestões. Reuniões produtivas e o apoio dos/as seus/suas colegas em casos de violência podem ser muito proveitosos e podem dar-lhe uma nova energia para enfrentar os problemas subsequentes. Quando passar a responsabilidade de um caso a outra pessoa, diga: 'Fiz o meu melhor. Fiz tudo o que pude. Deixo o assunto nas mãos do/a meu/minha colega e vou colocar este caso para trás das costas.'

Se tem a sensação de que a pessoa responsável dentro da sua equipa não lhe dá apoio para enfrentar uma situação de violência contra uma mulher idosa, pode tentar, em primeiro lugar, falar com ele/a sobre as suas frustrações. Ao mesmo tempo, pode ser útil tentar encontrar a forma e o tom certos para dizer o que pretende. Se perceber que não vai ter apoio da pessoa responsável, pode ter de contactar outra pessoa dentro da organização. Se isso não for possível, pode ter de procurar um centro de aconselhamento ou uma organização de protecção à vítima que o/a ajude, a si e à sua cliente, a lidar com a situação.

Estes são apenas alguns aspectos da gestão de situações difíceis relacionadas com a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias reunidos de dois *workshops* com pessoas peritas na matéria. Os aspectos que irá utilizar dependem da sua vontade pessoal, bem como da natureza da situação que enfrenta e da sua situação de trabalho específica.

PLANO DE SESSÃO

Preparação do/a formador/a

Uma vez que o módulo está relacionado com situações difíceis e com as reacções e comportamentos de cada um/a, é importante que o/a formador/a esteja alerta para reacções emotivas.

O/a formador/a tem de estar consciente das diferenças entre tensão, *stress* e esgotamento. O/a formador/a tem também de conhecer as definições e os diferentes tipos de problemas que podem ocorrer. Mais ainda, o/a formador/a tem de estar consciente do modo como pode lidar com situações difíceis em casos de violência. No ponto 7 existem sugestões para leituras adicionais.

Neste módulo é importante que o/a formador/a tenha conhecimentos ao nível da Psicologia, uma vez que os conteúdos exigem conhecimentos e competências específicos neste domínio.

Pressupostos: De um modo geral, sugere-se que sejam dois/duas formadores/as a leccionar o curso de formação: um/a com experiência profissional na área do apoio e prestação de cuidados a pessoas idosas e o/a outro/a com experiência na área da violência doméstica contra mulheres/protecção à vítima. Isto é particularmente importante para este módulo, já que o mesmo trata de questões pessoais e alguns/algumas formandos/as podem necessitar de apoio adicional.

É importante que o/a formador/a passe repetidamente aos/às formandos/as a mensagem de que não são os/as únicos/as responsáveis pela situação da sua cliente. Pode ser útil discutir com os/as formandos/as onde começa e acaba a sua responsabilidade. As situações podem diferir dependendo do país ou região, da organização em que os/as profissionais trabalham e da sua posição na organização. Muitas das situações que surgirão já terão sido tratadas noutros módulos. Deve recordar-se este facto aos/às formandos/as e assegurar que o enfoque está no que podem fazer para cuidar de si próprios/as e para evitar situações de *stress* e esgotamento.

Por último, mas não menos importante, o módulo deve terminar numa atmosfera positiva e com a certeza de que os/as formandos/as saem da sessão com mensagens encorajadoras.

Será distribuído um documento de apoio com um “diário de tensão” para os/as formandos/as que queiram analisar mais atentamente os seus factores de tensão e *stress*.

Dificuldades

Pode acontecer que os/as participantes passem muito tempo a descrever ou a queixar-se das situações difíceis da sua vida pessoal e/ou do seu trabalho e não consigam focar os aspectos positivos relativamente à forma como lidam com situações difíceis. Os/as formadores/as não devem ignorar estes temas, mas devem assegurar-se de que o tempo planeado para os exercícios é cumprido.

O trabalho com pessoas adultas idosas e com a violência contra pessoas idosas é altamente exigente. Quando se trabalha com situações de violência na comunidade, dificuldades acrescidas decorrentes, por exemplo, da contenção de despesas sociais ou da falta de habitação a preços acessíveis, podem originar um nível de *stress* elevado e um risco acrescido de “esgotamento” profissional. Deste modo, os/as profissionais podem sentir *stress* tanto pela sua própria experiência na comunidade como enquanto profissionais que tentam apoiar outras pessoas nessa comunidade. Ser capaz de nomear os factores individuais de *stress* e falar sobre eles com outros/as profissionais pode ajudar os elementos das equipas a melhorar as suas competências através da promoção da prestação de cuidados a si próprios/as.

TÓPICO 1 INTRODUÇÃO: TENSÃO, STRESS E ESGOTAMENTO

Em resumo

Este tópico destina-se a introduzir a informação que serve de base ao módulo.

Objectivos de aprendizagem

- Perceber porque é importante ter consciência das situações difíceis e de como lidar com elas;
- Relembrar ou tomar contacto com os conceitos de tensão, *stress* e esgotamento.

Métodos e distribuição de tempos

	
Exposição teórica sobre os conceitos chave utilizados neste tópico e suas inter-ligações (<i>Slides</i> 1-6)	10'
Discussão em plenário	

A informação de base do tópico 1 será apresentada utilizando os *slides* 1-6. Em alternativa à mera apresentação da informação, pode dar-se início à sessão perguntando aos/às formandos/as o que sabem acerca dos conceitos “tensão”, “*stress*” e “esgotamento” e quais os aspectos que lhes parecem relevantes.

Material didáctico

- Apresentação em *powerpoint*

TÓPICO 2 SITUAÇÕES DIFÍCEIS NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA: LIMITES (INTER)PESSOAIS, ORGANIZACIONAIS E INSTITUCIONAIS

Em resumo

Neste tópico os/as formandos/as enumeram situações difíceis de acordo com os contextos de violência.

Objectivos de aprendizagem

- Rever e analisar situações difíceis;
- Ter consciência dos limites de cada um/a a nível individual, interpessoal e organizacional.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício 1 e formação de grupos	5'
Exercício 1: Identificar situações difíceis e limites de intervenção (trabalho em grupo)	15'
Apresentação, análise e discussão de resultados (incluindo dados complementares)	20'

Apresentação das etapas do exercício. O/a profissional pode encontrar situações difíceis relacionadas com o reconhecimento e intervenção em casos de violência. Será pedido aos/às formandos/as que recolham informação, em pequenos grupos (3 pessoas), sobre o que podem ser essas situações difíceis.

Passo 1

Para começar, pedir aos/às formandos/as que revejam mentalmente o que foi feito até agora nos módulos anteriores, já que muitas situações difíceis já foram mencionadas.

Passo 2

Seguidamente, pedir aos/às formandos/as que formem grupos de três pessoas. Dar a cada grupo vários *post-its* e uma caneta de feltro. Em cada grupo, os/as formandos/as devem discutir situações relativas à violência contra mulheres idosas no contexto das famílias com que se tenham deparado durante o seu trabalho ou relacionadas com aspectos difíceis para cada um/a pessoalmente (por exemplo, dos módulos anteriores). Pedir aos grupos que anotem cada uma destas situações num *post-it*.

Passo 3

Pedir então a cada grupo que coloque os seus *post-its* num quadro ou *flip-chart*, que os leia e, se necessário, explique o seu significado. Se as mesmas situações difíceis foram anotadas por grupos diferentes, serão agrupadas no *flip-chart*. Deste modo, podem ser feitas sub-categorias de diferentes situações. Se houver tempo suficiente e se for possível, podem ser colocados títulos em cada sub-categoria.

Passo 4

Por último, os temas mencionados serão discutidos em plenário. Para completar as listas e/ou ajudar o processo de agrupamento, o/a formador/a pode mostrar um slide que mencione os diferentes tipos de limites que os/as formandos/as podem atingir: limites pessoais, limites interpessoais, limites organizacionais e limites institucionais (*Slides* 8-9). Estes itens serão ligados aos aspectos mencionados pelos/as formandos/as (nota: informação para o/a formador/a no início do ponto 5 – Plano de Sessão). No final, serão entregues aos/às formandos/as os documentos de apoio para memória dos assuntos discutidos.



Material didático

- *Post-its*
- Canetas
- *Flip-chart* ou papel para quadro de mensagens
- Documentos de apoio

TÓPICO 3 COMO GERIR SITUAÇÕES DIFÍCEIS E CUIDAR DE NÓS PRÓPRIOS/AS?

Em resumo

Neste tópico o enfoque centra-se explicitamente no conhecimento e partilha de formas práticas de lidar com situações difíceis e de prevenir o *stress* e o esgotamento.

Objectivos de aprendizagem

- Ficar a conhecer formas práticas de lidar com situações difíceis;
- Focar a atenção na prestação de cuidados a si próprio/a e na prevenção do *stress* e esgotamento;
- Aprender com as experiências do grupo.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício 2 sobre como gerir situações difíceis	5'
Sugestões para a gestão de situações difíceis (entrevistas em pares)	15'
Apresentação das sugestões dos/as formandos/as e discussão (incluindo dados complementares)	15'
Encerramento da sessão: ronda de <i>feedback</i> - ou exercício: O que levo comigo e o que deixo como contributo para esta sessão?	5'

O objectivo do exercício é tentar dar exemplos de atitudes a tomar em situações difíceis relacionadas com a violência contra mulheres idosas no contexto das famílias e da forma como cada um/a deve cuidar de si próprio/a. Os/as formandos/as irão perguntar uns/umas aos/às outros/as o que fazem para lidar com uma determinada situação e de seguida irão partilhar as atitudes mais úteis em plenário. A pergunta é “O que faço para lidar com uma determinada situação difícil?” O resultado será ligado aos documentos de apoio, com pistas que permitem aos/às formandos/as terem algumas ideias gerais sobre como cuidar de si próprios/as.

Passo 1

Apresentar o exercício e pedir aos/às formandos/as que se juntem em pares. Pedir ao/às formandos/as que procurem respostas para o exercício 2.

Passo 2

Um/a dos/as formandos/as escolhe uma situação difícil do exercício 2. Tanto pode ser uma situação isolada como uma sub-categoria definida no exercício 2. O/a outro/a parceiro/a entrevista o/a primeiro/a e pergunta-lhe que conselhos pode dar sobre como lidar com aquela situação. O/a entrevistador/a toma notas sobre os pontos mais importantes. Após 5-7 minutos os/as parceiros/as invertem os papéis.

Passo 3

Agora, o/a segundo/a parceiro/a escolhe uma situação difícil (de preferência outra) e é entrevistado/a pelo/a primeiro/a, que lhe pergunta que conselhos pode dar sobre como lidar com esta situação.

Recordar os/as formandos/as de que se trata de uma situação de entrevista e não uma conversa nem uma discussão. Isto significa que o/a entrevistador faz perguntas e anota as respostas mas não dá a sua opinião. Os/as formandos/as invertem os papéis assim que queiram ou o/a formador/a pode indicar-lhes quando devem fazê-lo.

Passo 4

Em plenário, cada entrevistador/a apresenta as 2-3 sugestões do/a seu/sua entrevistado/a que acha mais úteis. O/a formador/a anota estas sugestões no *flip-chart*.

Passo 5

Estas sugestões podem então ser discutidas. Pode ser dada informação complementar relativamente ao que os/as formandos/as referiram. Isto pode ser feito usando os “níveis e tipos de intervenção relativamente ao esgotamento” (*slides* 14) e/ou o “triângulo dramático e do/a vencedor/a” (*slides* 12-13 - ver informação no tópico 1). Os documentos de apoio 2 e 3 podem ser distribuídos aos/às formandos/as nesta fase.

É importante que o/a formador/a transmita repetidamente aos/às formandos/as a mensagem de que não são responsáveis pela situação. Se houver tempo suficiente, pode discutir com os/as formandos/as onde começa e acaba a sua responsabilidade. Pode também ser útil fazer referência a módulos anteriores, sempre que relevantes.

Passo 6

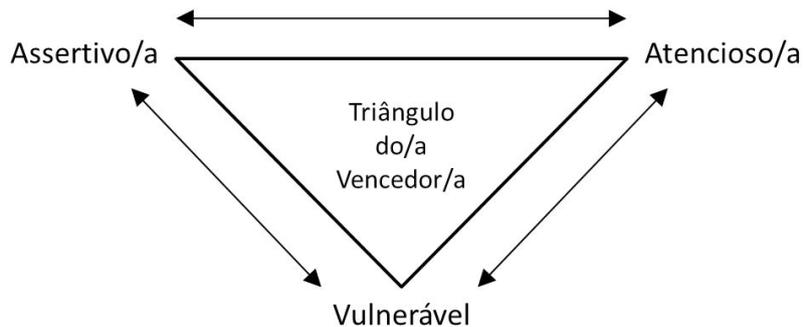
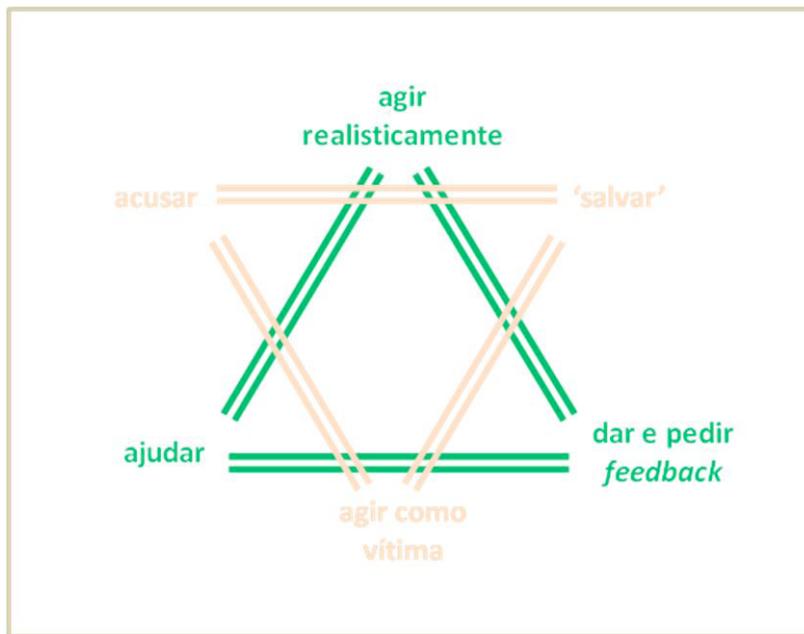
É possível que esta sessão seja emotiva. É bom perceber que não estamos sós quando se trata de lidar com dificuldades. Podemos apoiar-nos uns/umas aos/às outros/as. Para terminar a sessão com uma nota positiva, faça uma breve ronda de *feedback* (um/a formando/a após o/a outro/a faz uma breve declaração) para ouvir o que os/as formandos/as aprenderam, como se sentem e como podem deixar a sessão com uma sensação positiva. Outra ideia para um exercício de encerramento é desenhar uma mala no *flip-chart* ou no quadro e dar aos/às formandos/as 2-3 *post-its*, cada um com uma cor diferente. Nos *post-its* de uma cor devem responder à pergunta ‘O que levo comigo para casa?’ e nos *post-its* da outra cor devem responder à pergunta ‘O que deixo como contributo para esta sessão?’ Deve pedir-se para que escrevam um ponto em cada *post-it*. A pergunta ‘O que levo comigo para casa?’ deve dar aos/às formandos/as a oportunidade de deixarem para trás os assuntos desagradáveis abordados nesta sessão. Depois de terem terminado, os/as formandos/as colam os *post-its* dentro da mala ou à sua volta. O/a formador/a pode fazer um breve resumo dos pontos principais ou, em alternativa, os/as formandos/as podem ver os resultados depois da sessão ter terminado.

Material didáctico

- *Flip-chart* ou papel para quadro de mensagens
- Canetas e *post-its* ou cartões
- Documentos de apoio com informação sobre o triângulo dramático e do/a vencedor/a + níveis e tipos de intervenção relativamente ao esgotamento + lista com sugestões complementares

TEXTO DE APOIO 4

TRIÂNGULO DRAMÁTICO E TRIÂNGULO DO PODER OU DO VENCEDOR



RECOMENDAÇÕES PARA LEITURAS ADICIONAIS

Dryden, W. (2005). Rational Emotive Behaviour Therapy in a Nutshell. Sage Publications.

Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. Transactional Analysis Bulletin. Vol. 7, N° 26.

Karpman, S.B. (2007). The new drama triangles. USATAA/ITAA Conference Lecture.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Maslach, C. (1982). Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W.S. Paine (Ed.). *Job stress and burnout* (pp 29-40). Beverly Hills, CA; Sage.

Strümpel, C. & Hackl, C. (2008). Strategies to react and cope with abuse against older women within the family. Breaking the Taboo. European Report (p. 44-55). <http://www.btt-project.eu>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brutsaert, G. (2009). Stressmanagement. Instituut voor bedrijfskunde en opleiding.

Cuijpers, P. (2006). In de put. Uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Trimbos-Instituut. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B., (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001. Volume 86, nº 3, pp. 499-512.

Deltour, B (...). Tussen macht en kwetsbaarheid: de drama en power triangle. Internal article. Family Care Organisation.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Reviews Psychology*, 55, 745-774.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Maslach, C. (1996). Maslach's Burnout Inventory Manual (3rd Edition, 1996). Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. (1982). Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W.S. Paine (Ed.). *Job stress and burnout* (pp 29-40). Beverly Hills, CA; Sage.

Schaufeli, W.B. (2001). Coping with Job Stress. *Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*.

S.n. (2007-2009). Improving multi-professional and health care training in Europe — building on good practice in violence prevention. Retrieved from: <http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/Main/HomePage> (15.09.2011).

Strümpel, Charlotte & Hackl Cornelia (2008). European report Breaking the Taboo. Retrieved from: <http://www.btt-project.eu> (14.08.2011).

Yerkes RM, Dodson JD (1998). [“The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation”](#). *Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18: 459–482. Retrieved from: <http://psychclassics.yorku.ca/Yerkes/Law/> (14.08.2011).

S.n. Home Helpers Senior Care Services Blog. Retrieved from: <http://www.homehelpersphilly.com> (15.09.2011)

MÓDULO 9

Exercícios práticos no contexto da comunicação e do desanuviamiento

Introdução pág. 02

Objectivos do módulo pág. 02

Plano geral do módulo pág. 03

	 Plano de sessão	 Documentos de apoio
Introdução	pág. 06	
Exercício 1: Estudo de caso I - Negligência e exploração financeira	pág. 07	pág. 29
Exercício 2: Estudo de caso II - Violência em relações de intimidade	pág. 10	pág. 30
Exercício 3: Role play – Conversa telefónica entre a pessoa prestadora de cuidados e o/a coordenador/a de equipa	pág. 13	pág. 32
Síntese dos conhecimentos adquiridos	pág. 17	pág. 19

Recomendações para leituras adicionais pág. 36

Referências bibliográficas pág. 36

INTRODUÇÃO

A ideia do módulo 9 é ser um complemento prático aos conteúdos dos módulos anteriores (módulos 4-8). O objectivo é disponibilizar formação activa e elementos de aprendizagem no contexto da cadeia de intervenção, desde o reconhecimento e intervenção até ao cuidado com o/a próprio/a e à garantia da segurança, terminando com um resumo dos conhecimentos adquiridos. Os estudos de caso e/ou o *role play* permitirão aos/às formandos/as colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o *workshop*, através da utilização de técnicas adequadas de comunicação e desanuviamto.

Os estudos de caso estão relacionados com situações típicas de violência em contexto de prestação de cuidados. O primeiro estudo de caso centra-se na negligência e exploração financeira de uma mulher idosa. Este exemplo aborda os aspectos do reconhecimento, focando a violência e os serviços de apoio que são destacados nos módulos 4, 5 e 7. O segundo estudo de caso refere-se à violência física e psicológica numa relação de intimidade. Adicionalmente, no primeiro estudo de caso, os temas da garantia da segurança e do cuidado com o/a próprio/a (módulos 6, 7 e 8) são o pano de fundo teórico e os elementos base de aprendizagem a colocar em prática. Ambos os estudos de caso têm como intenção destacar os tópicos “comunicação” e “desanuviamto”, utilizando uma abordagem prática.

Em alternativa, é apresentado um *role play* que permitirá colocar em prática situações de denúncia a uma organização da violência observada no trabalho diário.

A importância do módulo assenta nas técnicas de comunicação e desanuviamto tendo em vista o empoderamento dos/as profissionais de serviço social e de saúde em dinâmicas de conflito. Tendo em conta a importância deste módulo, no sentido de consolidar os conhecimentos transmitidos ao longo dos módulos anteriores, ficará ao critério do/a formador/a aumentar a sua duração, de acordo com as necessidades do grupo, nomeadamente tendo em atenção o tamanho do mesmo e o perfil dos/as participantes.

OBJECTIVOS DO MÓDULO

- Capacitar os/as formandos/as para que coloquem em prática os conhecimentos adquiridos nos módulos 4, 5, 6, 7 e 8 (estudos de caso OU *role play*);
- Conhecer as ferramentas e instrumentos disponíveis na área do desanuviamto;
- Ter consciência dos benefícios e impactos das técnicas de desanuviamto e das intervenções comunicativas;
- Empoderar os/as profissionais para que ajam adequadamente em situações de violência, através da utilização de técnicas de comunicação e desanuviamto.

PLANO GERAL DO MÓDULO

Método/técnicas pedagógicas	
Introdução	10'
Apresentação dos objectivos do módulo	
Apresentação da estrutura do módulo, incluindo tipos de exercícios a seleccionar	
Seleção de um dos seguintes exercícios práticos	
Exercício 1: Estudo de caso I - Negligência e exploração financeira	70'
Apresentação do exercício	
Formação de pequenos grupos	
Trabalho de grupo	
Apresentação dos resultados do trabalho de grupo	
Discussão plenária (discussão dos resultados em grupos de trabalho e recolha de comentários complementares no quadro/ <i>flip-chart</i>)	
<i>Em alternativa: Estudo de caso a partir da experiência de trabalho dos/as formandos/as</i>	
OU Exercício 2: Estudo de caso II - Violência em relações de intimidade	70'
Apresentação do exercício 2	
Formação de pequenos grupos	
Trabalho de grupos	
Apresentação dos resultados do trabalho de grupo	
Discussão plenária (discussão dos resultados em grupos de trabalho e recolha de comentários complementares no quadro/ <i>flip-chart</i>) (<i>slide 13</i>)	
OU Exercício 3: Role play – Conversa telefónica entre a pessoa prestadora de cuidados e o/a coordenador/a de equipa	70'
Apresentação do exercício 3	
Formação de pequenos grupos	
Trabalho de grupo	
Apresentação dos resultados do trabalho de grupo	
Discussão plenária (discussão dos resultados em grupos de trabalho e recolha de comentários complementares no quadro/ <i>flip-chart</i>)	
Síntese dos conhecimentos adquiridos	(40')
Opcional para extensão da sessão até 120 minutos: Exposição teórica pelo/a formador/a sobre comunicação e desanuviamento	
Comentários adicionais do/a formador/a sobre o papel, reconhecimento, intervenção e protecção (módulos 4-8), com base nos pontos em falta da discussão plenária referidos na lista de controlo do/a formador/a ¹	
Perguntas abertas: esclarecimento de dúvidas e comentários	

¹ Para mais informações, ver o Documento de apoio “Lista de controlo para o/a formador/a”

PLANO DE SESSÃO

Enfoque na comunicação e desanuviamento

Pressupostos: A informação para o/a formador/a, bem como os documentos de apoio preparados, não se centram apenas nas técnicas de comunicação e desanuviamento, apesar de ser esse o enfoque base deste módulo. A abordagem alargada deste módulo está relacionada com o facto dos aspectos da comunicação estarem presentes em componentes do reconhecimento, intervenção ou experiências que não abordam directamente a comunicação mas se relacionam com ela. Assim, é fundamental integrar neste módulo uma abordagem holística, por forma a ter-se consciência dos processos complexos no contexto da comunicação e desanuviamento. Contudo, o/a formador/a deve referir os temas da comunicação e desanuviamento durante a discussão dos resultados do exercício (estudo de caso/*role play*) em plenário e especialmente durante a sessão sobre os conhecimentos adquiridos, utilizando os documentos de apoio preparados.

Sugestões para o trabalho de grupo nos estudos de caso

O processo de formação de grupos de trabalho pode incluir a procura de elementos para o grupo através dos seus interesses relativamente aos tópicos dos estudos de caso ou através da divisão aleatória em grupos com base nos lugares que cada elemento ocupa na sala. Se existirem mais formandos/as e, conseqüentemente, forem necessários mais de dois grupos de trabalho, os resultados dos grupos de trabalho que têm o mesmo estudo de caso podem ser partilhados e comparados em plenário.

Foram preparados para este módulo dois estudos de caso fictícios. Para facilitar o respectivo tratamento (comparação, exposição dos conhecimentos adquiridos) recomenda-se a utilização de um único estudo de caso para todos os grupos de trabalho. No entanto, é possível a utilização dos dois estudos de caso.

Em alternativa, podem ser usados casos reais das experiências de trabalho dos/as formandos/as no campo da violência contra mulheres idosas no contexto das famílias. Estes estudos de caso podem estar ligados, quer ao módulo 1, em que se faz uma reflexão sobre as experiências de trabalho de cada um/a, quer ao relato dos/as formandos/as de uma situação de específica de trabalho com violência contra mulheres idosas. Devem ser seleccionados, em conjunto com a audiência, dois estudos de caso para o exercício.

Distribuição de tempos: Para a criação dos estudos de caso dos/as formandos/as será necessário mais tempo e este facto deve ser tido em conta previamente.

Rasteiras: Para evitar quaisquer memórias emocionalmente intensas ou re-traumatizantes aquando da reconstrução da experiência de trabalho de cada um/a, é importante estabelecer fronteiras durante a recolha de estudos de caso reais. Este programa de formação não é um cenário de supervisão e os/as formadores/as não são psicoterapeutas. Assim, recomenda-se um enforque nos factos, no momento de encontrar e criar os estudos de caso dos/as formandos/as.

Adicionalmente, a exposição teórica e as instruções do grupo de trabalho devem ter em conta os deveres (responsabilidades) profissionais. Assim, é essencial que os limites tenham por base as respectivas responsabilidades profissionais.

Sugestão de *role play*:

Pressupostos: A situação descrita para o *role play* deve apenas ser lida pela pessoa que interpreta o papel de pessoa prestadora de cuidados. O/a coordenador/a, bem como os/as observadores/as não devem ter qualquer informação de base prévia. Deste modo, é construída uma “situação real” para

o/a coordenador uma vez que, regra geral, o mesmo também não tem nenhuma informação prévia à chamada telefónica. Relativamente aos/as observadores/as, presume-se que o seu *feedback* é mais interessante se não tiverem nenhuma informação prévia sobre a história.

Material: O *role play* contém três papéis distintos. Estes papéis têm personagens e tarefas específicas que estão descritas nos cartões.

Rasteiras: As estratégias de saída dos *role plays* (como acabar um *role play*/como sair de um personagem) têm um impacto crucial e devem ser usadas sempre que necessário. Para mais informação, ver o módulo “Introdução ao Manual” e a “Introdução” do módulo 1.

INTRODUÇÃO

Métodos e distribuição de tempos

	
Objectivos do módulo (<i>slide 2</i>)	5'
Apresentação da estrutura do módulo, incluindo exercícios a seleccionar (<i>slides 3-7</i>)	5'
Seleção de um exercício prático	

A apresentação deve ser focada nos objectivos do módulo 9 e na mais-valia deste módulo como complemento prático às aprendizagens proporcionadas ao longo dos módulos 4 a 8 deste programa de formação. Deste modo, os/as formandos/as tomam consciência dos objectivos de formação e aprendizagem. Uns aspectos-chave neste módulo são as variações nos trabalhos de grupo e nos exercícios que são referidas de seguida.

Para o exercício prático, foram preparados e estão disponíveis dois métodos (cenários) pedagógicos diferentes: estudos de caso e *role play*. Foram preparados dois estudos de caso fictícios distintos. Basicamente, o objectivo é seleccionar um dos três exercícios para todos os grupos de trabalho. Deste modo, a comparação dos resultados entre os grupos de trabalho é mais fácil e é, por isso, recomendada.

- Estudo de caso I: diz respeito à negligência e exploração financeira de mulheres idosas no contexto das famílias (ver Documentos de Apoio – Estudo de caso I)
- Estudo de caso II: violência física e psicológica em relações de intimidade (ver Documentos de Apoio – Estudo de caso II).
- Variação: um estudo de caso baseado na experiência de trabalho dos/as formandos/as (com referência ao módulo 1). O objectivo é beneficiar da sua experiência de trabalho. Neste contexto, as histórias devem ser apenas descritas pelos/as formandos/as que queiram apresentar uma situação vivida ou de que tenham tido conhecimento no seu trabalho e que diga respeito a violência contra uma mulher idosa. Posteriormente, os grupos de trabalho devem encontrar soluções adequadas. Esta abordagem está ligada ao módulo 1, em que as experiências vividas pelos/as formandos/as são abordadas. Possivelmente já foram mencionados estudos de caso adequados que podem ser úteis e aplicáveis a esta sessão. Se esta variação for seleccionada, será necessário reservar mais tempo (adicionar 10 minutos) para seleccionar e definir o caso durante a apresentação.

O/a formador/a (provavelmente em conjunto com os/as formandos/as, dependendo do grupo) deve seleccionar um cenário: ou o trabalho de grupo sobre o estudo de caso ou o *role play* em pequenos grupos. Assim, os exercícios seguintes devem ser **realizados alternativamente**.

EXERCÍCIO 1

ESTUDO DE CASO I: NEGLIGÊNCIA E EXPLORAÇÃO FINANCEIRA

Em resumo

O estudo de caso é baseado num processo de reflexão. Refere-se aos módulos 4 “Reconhecimento da violência”, módulo 5 “Abordagem da violência”, módulo 6 “Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais”, módulo 7 “Serviços de apoio, cooperação e trabalho em rede” e módulo 8 “Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a”.

Objectivos de aprendizagem

- Capacitar os/as formandos/as para que coloquem em prática os conhecimentos adquiridos nos módulos 4 a 8;
- Empoderar os/as profissionais para que ajam adequadamente em situações de violência através da utilização de técnicas de comunicação e desanuviamiento.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício (slide 8)	
Formação de pequenos grupos	30'
Trabalho de grupo	
Em alternativa: Estudo de caso a partir da experiência de trabalho dos/as formandos/as	(+10')
Apresentação dos resultados do trabalho de grupo	10'
Discussão plenária (discussão dos resultados em grupos de trabalho e recolha de comentários complementares no quadro/flip-chart) (slide 13)	30'

Formação de grupos e atribuição de tarefas

Devem ser constituídos grupos de quatro a oito pessoas para trabalharem em conjunto. Existem várias formas de proceder à constituição de grupos de trabalho, ficando aqui dois exemplos. No primeiro, pede-se aos/às formandos/as que se agrupem. No segundo, os/as formandos/as são divididos aleatoriamente em grupos de acordo com a sua localização na sala.

Os grupos de trabalho devem trabalhar no mesmo estudo de caso por forma a encontrarem uma solução adequada relativamente à cadeia de intervenção: desde o reconhecimento, intervenção e garantia da segurança até ao cuidado com o/a próprio/a. Assim, cada grupo de trabalho deve ler o caso e discutir e desenvolver soluções para uma intervenção apropriada, com base nos conhecimentos adquiridos nos módulos 4 a 8. As soluções devem ser orientadas com base em questões pré-definidas que se relacionam com os módulos 4, 5, 6, 7 e 8.

• Como posso detectar situações de violência?

Quais as situações que merecem atenção, isto é, alterações no comportamento do/a cliente, alterações no relacionamento entre familiares, situação relativamente à residência, dinâmicas de comunicação?
Quais os sinais óbvios de violência ou negligência?

- **Como posso esclarecer a minha suspeita?** O que posso fazer para ter mais informação? Que tipo de comunicação é adequada - para quem e o quê?

- **Como posso proteger-me?** Que apoio/contribuição posso ter? Qual o meu papel? Quais são os aspectos legais? Que aspectos da comunicação são relevantes? Como posso desanuviar a situação?

Assim, cada grupo deve anotar as soluções nos *flip-charts* para poder apresentá-las de seguida em plenário (ver os Documentos de Apoio – Estudo de caso I).

Na procura de respostas deve ter-se em consideração que os/as profissionais de serviço social e de saúde têm diferentes responsabilidades profissionais. Assim, o resultado deste exercício terá de ser adaptado no que diz respeito às responsabilidades de trabalho dos/as profissionais. Adicionalmente, a exposição teórica e as instruções do grupo de trabalho devem ter em conta os deveres (responsabilidades) profissionais. Deste modo, é essencial que os limites tenham por base as respectivas responsabilidades profissionais (ver também o módulo “Introdução ao Manual”).

Descrição do estudo de caso I²:

A D. Helena Barros tem muito pouco contacto com a família. Apenas o seu sobrinho a visita uma vez por mês. Ela gosta dele e dá-lhe dinheiro de bolso frequentemente.

Neste momento, a saúde da D. Helena está debilitada, pelo que requisitou serviços de prestação de cuidados de saúde. Desde então, recebe a visita de um ajudante de apoio domiciliário quatro vezes por semana, estando um/a enfermeiro/a responsável pelos serviços de prestação de cuidados. Nenhum dos dois nunca viu o sobrinho da D. Helena já que ele visita a tia ao final do dia, embora a senhora já tenha falado sobre o sobrinho aos/às profissionais.

Durante as últimas semanas tornou-se evidente que a D. Helena tem de comprar uma cama adequada e ajudas técnicas para a casa de banho. Embora aparentemente a D. Helena disponha de um rendimento adequado, não tem qualquer dinheiro disponível. Surpreendentemente, a D. Helena não consegue explicar porque razão não tem nenhum dinheiro disponível. Simultaneamente, está a tornar-se cada vez mais agressiva, introvertida e nervosa com os/as profissionais. Subitamente, começa a dizer que o/a ajudante de apoio domiciliário lhe está a tirar dinheiro.

Apresentação dos resultados do trabalho de grupo

Os resultados devem ser anotados nos *flip-charts* para poderem ser apresentados em plenário por um representante de cada grupo de trabalho.

Discussão em plenário

Seguidamente, o/a formador/a deve moderar uma discussão em plenário sobre os resultados do trabalho de grupo e os/as formandos/as devem discutir as acções recomendadas com base nas seguintes perguntas:

- As soluções são adequadas, tendo em conta o meu entendimento e intuição profissionais?
- Que tipo de estratégias de comunicação/desanuiamento são relevantes?
- O que é absolutamente importante e relevante? (Recomendações)
- Há algum aspecto em falta, tendo em conta os módulos acerca do reconhecimento, intervenção e protecção?

Assim, as perguntas devem inspirar a discussão (ver Documentos de Apoio - Lista de controlo para o/a formador/a). O/a formador/a deve moderar a discussão plenária e anotar os resultados-chave no quadro/*flip-chart*. Para uma moderação e controlo mais adequados durante a discussão dos assuntos, foi preparada uma lista de controlo para o/a formador/a com os temas-chave dos módulos 4-8. Deste modo, os/as formadores/as são capazes de comparar os tópicos mencionados pelos/as formandos/as com aqueles que devem ser adicionados durante a sessão “Conhecimentos adquiridos”. Posteriormente, serão agrupados pelo/a formador/a, num resumo, os elementos-chave, com o objectivo de definir as recomendações.

² A história é baseada no estudo de caso austríaco apresentado no *workshop* do BtT sobre a tomada de consciência.

Todos os *flip-charts* com os resultados do trabalho de grupo e a discussão plenária devem ser colocados na sala, no final deste módulo e estar disponíveis para todos os participantes.

Material didático

- Estudo de caso I dos Documentos de Apoio
- *Flip-chart*
- Canetas

EXERCÍCIO 2

ESTUDO DE CASO II – VIOLÊNCIA EM RELAÇÕES DE INTIMIDADE

Em resumo

O estudo de caso é baseado num processo de reflexão. Refere-se aos módulos 4 “Reconhecimento da violência”, módulo 5 “Abordagem da violência”, módulo 6 “Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais”, módulo 7 “Serviços de apoio, cooperação e trabalho em rede” e módulo 8 “Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a”.

Objectivos de aprendizagem

- Capacitar os/as formandos/as para que coloquem em prática (estudos de caso) os conhecimentos adquiridos nos módulos 4 a 8;
- Empoderar os/as profissionais para que ajam adequadamente em situações de violência através da utilização de técnicas de comunicação e desanuiamento.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício 2 (slide 9)	
Formação de pequenos grupos	30'
Trabalho de grupo	
Apresentação dos resultados do trabalho de grupo	10'
Discussão plenária (discussão dos resultados em grupos de trabalho e recolha de comentários complementares no quadro/flip-chart) (slide 13)	30'

Formação de grupos e atribuição de tarefas

Devem ser constituídos grupos de quatro a oito pessoas para trabalharem em conjunto. Existem várias formas de proceder à constituição de grupos de trabalho, ficando aqui dois exemplos. No primeiro, pede-se aos/às formandos/as que se agrupem. No segundo, os/as formandos/as são divididos aleatoriamente em grupos de acordo com a sua localização na sala.

Os grupos de trabalho devem trabalhar no mesmo estudo de caso por forma a encontrarem uma solução adequada relativamente à cadeia de intervenção: desde o reconhecimento, intervenção e garantia da segurança até ao cuidado com o/a próprio/a. Assim, cada grupo de trabalho deve ler o caso e discutir e desenvolver soluções para uma intervenção apropriada, com base nos conhecimentos adquiridos nos módulos 4 a 8. As soluções devem ser orientadas com base em questões pré-definidas que se relacionam com os módulos 4, 5, 6, 7 e 8.

• Como posso detectar situações de violência?

Quais as situações que merecem atenção, isto é, alterações no comportamento do/a cliente, alterações no relacionamento entre familiares, situação relativamente à residência, dinâmicas de comunicação?
Quais os sinais óbvios de violência ou negligência?

- **Como posso esclarecer a minha suspeita?** O que posso fazer para ter mais informação? Que tipo de comunicação é adequada - para quem e o quê?

- **Como posso proteger-me?** Que apoio/contribuição posso ter? Qual o meu papel? Quais são os aspectos legais? Que aspectos da comunicação são relevantes? Como posso desanuviar a situação?

Assim, cada grupo deve anotar as soluções nos *flip-charts* para poder apresentá-las de seguida em plenário (ver os Documentos de Apoio – Estudo de caso II).

Descrição do estudo de caso II³:

O casal Cunha está casado há 40 anos e tem uma filha. A D. Leonor Cunha não trabalha desde que a sua filha nasceu. A filha já saiu de casa e é agora independente. O Sr. Cunha era bancário e reformou-se há alguns anos. Está habituado a controlar a mulher no que diz respeito às actividades financeiras, sociais e quotidianas, especialmente desde que se reformou. O divórcio sempre foi uma situação impensável para a D. Leonor devido às suas convicções (votos do matrimónio, a sua filha).

Desde há ano, um/a ajudante de apoio domiciliário trabalha nesta casa e um/a enfermeiro/a presta cuidados ao Sr. Cunha.

Os conflitos surgem frequentemente entre a D. Luísa e o marido: o Sr. Cunha culpa a mulher porque acha que ela descuida as tarefas domésticas e é contra o/a ajudante de apoio domiciliário porque acha que a mulher é capaz de realizar todas as tarefas sozinha. No entanto, o Sr. Cunha é desarrumado e insiste em ter duas refeições quentes por dia. Tem um tom de voz elevado e antipático e fala com a mulher como se ela fosse uma criança. Para além disso, por vezes bebe demasiado.

Para a D. Luísa a situação está cada vez pior. Quando o marido está ausente, ela fala com o/a ajudante de apoio domiciliário sobre as suas preocupações.

Apresentação dos resultados do trabalho de grupo

Os resultados devem ser anotados nos *flip-charts* para poderem ser apresentados em plenário por um representante de cada grupo de trabalho. Cada grupo de trabalho deve apresentar em plenário o estudo de caso, bem como as soluções definidas.

Discussão em plenário

Posteriormente, o/a formador/a deve moderar uma discussão em plenário sobre os resultados definidos do trabalho de grupo e os/as formandos/as devem discutir as acções recomendadas com base nas seguintes perguntas:

- As soluções são adequadas, tendo em conta o meu entendimento e intuição profissionais?
- Que tipo de estratégias de comunicação/desanuiamento são relevantes?
- O que é absolutamente importante e relevante? (Recomendações)
- Há algum aspecto em falta, tendo em conta os módulos acerca do reconhecimento, intervenção e protecção?

Assim, as perguntas definidas devem inspirar a discussão (ver abaixo e a lista de controlo para os/as formadores/as, nos Documentos de Apoio).

O/a formador/a deve moderar a discussão plenária e anotar os resultados-chave no quadro/*flip-chart*. Para uma moderação e controlo mais adequados durante a discussão dos assuntos, foi preparada uma lista de controlo para os/as formadores/as com os temas-chave dos módulos 4-8. Deste modo, os/as formadores/as são capazes de comparar os tópicos que já foram mencionados pelos/as formandos/as com aqueles que devem ser adicionados durante a sessão “Conhecimentos adquiridos”. Posteriormente, os elementos-chave serão agrupados pelo/a formador/a num resumo, com o objectivo de definir as recomendações.

Todos os *flip-charts* com os resultados do trabalho de grupo e a discussão plenária devem ser colocados na sala, no final deste módulo e estar disponíveis para todos os participantes.

³ A história é baseada no estudo de caso austríaco apresentado no *workshop* do BtT sobre a tomada de consciência.

EXERCÍCIO 3

ROLE PLAY “CONVERSA TELEFÓNICA ENTRE A PESSOA PRESTADORA DE CUIDADOS E O/A COORDENADOR/A DE EQUIPA”**Em resumo**

Este *role play* é uma oportunidade alternativa de por em prática, em pequenos grupos, situações difíceis no contexto da cadeia de intervenção. A diferença reside no método pedagógico: os *role plays* centram-se nos processos de acção (desempenho de diferentes papéis)

Este tópico refere-se aos módulos 5 “Abordagem da violência”, módulo 6 “Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais”, módulo 7 “Intervir: Serviços de apoio, cooperação e redes de contacto” e módulo 8 “Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a”.

Objectivos de aprendizagem

- Capacitar os/as formandos/as para que coloquem em prática os conhecimentos adquiridos nos módulos 5, 6, 7 e 8 (*role play*);
- Empoderar os/as profissionais para que ajam adequadamente em situações de violência através da utilização de técnicas de comunicação e desanuviamiento.

Métodos e distribuição de tempos

	
Apresentação do exercício 3 (<i>slides</i> 10-11)	
Formação de pequenos grupos	30'
Trabalho de grupo	
Apresentação dos resultados do trabalho de grupo	10'
Discussão plenária (discussão dos resultados em grupos de trabalho e recolha de comentários complementares no quadro/ <i>flip-chart</i>) (<i>slide</i> 13)	30'

Formação de grupos e atribuição de tarefas

Devem ser constituídos pelo menos dois grupos de trabalho com cerca de cinco elementos cada para trabalharem no *role play*. Existem várias formas de constituir grupos de trabalho, ficando aqui dois exemplos. No primeiro, pergunta-se aos/as formandos/as quais os papéis que gostariam de desempenhar (ver Documentos de Apoio – *Role play* das diferentes personagens). No segundo, os/as formandos/as são divididos aleatoriamente em grupos de cinco pessoas de acordo com a sua localização na sala, atribuindo-se o papel de pessoa prestadora de cuidados a um/a dos formandos/as, o papel de coordenador/a de equipa a outro/a e o papel de observadores/as a outros/as.

No *role play* em pequenos grupos (cinco pessoas por grupo) devem existir dois/duas “actores/actrizes” por grupo, sendo os/as restantes formandos/as observadores/as (três pessoas) que devem reflectir sobre o que se passa na cena e dar um *feedback* construtivo no final do *role play*.

- Quais as estratégias de comunicação recomendadas para a denúncia de uma situação de violência?
- Reflexão sobre que tipo de informação é importante para um/a coordenador/a.
- Reflexão sobre a importância do apoio e cuidado prestados ao/à profissional.

O *feedback* e as experiências dos/as observadores/as e dos/as actores/actrizes devem ser resumidos para os momentos seguintes (discussão, síntese dos conhecimentos adquiridos) (ver os *Role Play* das diferentes personagens nos Documentos de Apoio e o *slide* 11 da apresentação).

As “estratégias de saída” dos *role plays* (como acabar um *role play*/como sair de um personagem) têm um impacto crucial e devem ser usadas sempre que necessário. Para mais informação, ver o módulo “Introdução ao Manual”.

Descrição do *role play*⁴:

A situação criada para o *role play* deve apenas ser lida pela pessoa que interpreta o papel de “pessoa prestadora de cuidados”. O/a “coordenador/a”, bem como os/as “observadores/as” não devem ter qualquer informação de base prévia. Deste modo, é construída uma “situação real” para o/a coordenador uma vez que, regra geral, o mesmo também não tem nenhuma informação prévia à chamada telefónica. Relativamente aos/às observadores/as, espera-se que o seu *feedback* seja mais interessado se não tiverem nenhuma informação prévia sobre a história (para informações adicionais ver a Lista de controlo para o/a formador/a nos Documentos de Apoio).

Informação EXCLUSIVA para o/a intérprete da “pessoa prestadora de cuidados”:

Para preparar a conversa telefónica com o/a coordenador/a da sua organização no campo da saúde e serviço social, descreve-se de seguida a situação que ocorreu durante os últimos meses:

A D. Mariana Horta tem 85 anos e vive numa pequena aldeia. O marido morreu há três anos. Desde essa altura ela vive sozinha numa casa grande. Depois de uma queda violenta há dez meses, já não consegue cuidar de si própria. Desde essa altura a sua família toma conta dela. Gradualmente, a filha assumiu a tarefa de cuidar da mãe, apesar de ter pouco tempo livre: trabalha em part-time e tem a sua própria família, com três filhos/as. Como resultado, a filha da D. Mariana começa a sentir que não consegue corresponder às suas obrigações. Pelo contrário, a D. Mariana não consegue perceber porque é que a família não é capaz de cuidar dela adequadamente. Por isso, foi muito difícil para a D. Mariana aceitar a pessoa prestadora de cuidados que a ajuda na sua higiene pessoal. Ainda há algumas tarefas que a D. Mariana gostaria que fossem feitas apenas pela sua filha.

Durante os últimos meses, a filha e a mãe tiveram várias discussões e a sua relação ficou mais tensa porque a filha gostava de ter mais apoio dos serviços sociais e de saúde. A D. Mariana não aceita essa situação porque, para ela, já lhe basta ter a pessoa prestadora de cuidados que tem actualmente.

Certo dia, a pessoa prestadora de cuidados repara numas manchas vermelhas nas costas e nos braços da D. Mariana. A explicação que ela lhe dá para estas manchas é diferente de cada vez que o assunto é abordado. A filha afirma que nunca tinha visto as manchas...

Método: *Role play* em pequenos grupos (cinco pessoas)

Personagens:

- 1 Pessoa prestadora de cuidados
- 1 Coordenador/a de serviço de saúde/social
- 3 Observadores/as

• Pessoa prestadora de cuidados (uma pessoa)

Descrição do papel:

A história apresentada deve ser relatada pelo/a profissional ao/a coordenador do serviço de saúde/social numa conversa telefónica, de acordo com os seguintes pontos-chave:

⁴ A história é baseada no estudo de caso austríaco apresentado no *workshop* do BtT sobre a tomada de consciência.



- Breve explicação da situação de prestação de cuidados
- Relato dos factos observados
- Descrição das suspeitas
- Pedido de apoio

O objectivo é utilizar toda a informação dos módulos anteriores nesta sessão de formação, por forma a agir (comunicar) adequadamente no que diz respeito ao reconhecimento, abordagem, registo e documentação e pedido de apoio (cuidar do/a próprio/a) ao longo da cadeia de intervenção (módulos 4-8).

- **1 Coordenador/a de serviço de saúde/social** (uma pessoa)

Descrição do papel:

- Personagem: Pessoa crítica, que desconfia dos outros
- É confrontado/a com as hierarquias da organização (os diferentes profissionais não são iguais dentro da organização)
- Sofre quando pressionado pelo tempo

- Observadores (três pessoas)

Descrição do papel:

- Observação da conversa entre o/a profissional e o/a coordenador
- Preparação de um *feedback* construtivo: pontos positivos e ideias para melhorar
- Anotação dos pontos-chave num *flip-chart* no final do *role play*, em conjunto com os outros intervenientes:
 - Quais as estratégias de comunicação recomendadas para a denúncia de uma situação de violência?
 - Reflexão sobre que tipo de informação é importante para um/a coordenador/a.
 - Reflexão sobre a importância do apoio e cuidado prestados ao/à profissional.

Apresentação dos resultados do trabalho de grupo

Um representante por cada grupo apresenta um resumo das conclusões-chave (experiências) dos *role plays*. De seguida, o/a formador/a modera uma discussão plenária sobre os resultados do trabalho de grupo. Deste modo, as perguntas definidas devem inspirar a discussão (ver Lista de Controlo para os/as formadores/as, nos Documentos de Apoio).

Os resultados de cada grupo de trabalho, anotados no *flip-chart*, são apresentados por um/a dos/as observadores/as. Se possível e caso queiram, os intérpretes (a pessoa prestadora de cuidados e o/a coordenador) juntam informação complementar sobre as suas experiências durante o *role play*.

Finalmente, os/as formandos/as devem discutir os resultados com base nas seguintes perguntas:

- As soluções são adequadas tendo em conta o meu entendimento e intuição profissionais?
- Que tipo de estratégias de comunicação/desanuviamento são relevantes?
- O que é absolutamente importante e relevante? (Recomendações)
- Há algum aspecto em falta, tendo em conta os módulos acerca do reconhecimento, intervenção e protecção?

O/a formador/a deve moderar a discussão plenária e anotar os resultados-chave no quadro/*flip-chart*. Para uma moderação e controlo mais adequados durante a discussão dos assuntos, foi preparada uma lista de controlo para o/a formador/a com os temas-chave dos módulos 4-8. Deste modo, os/as formadores/as são capazes de comparar os tópicos que já foram mencionados pelos/as formandos/as e aqueles que devem ser adicionados durante a sessão “Conhecimentos adquiridos”. Posteriormente, o/a formador/a agrupará num resumo os elementos-chave, com o objectivo de definir as recomendações.

Todos os *flip-charts* com os resultados do trabalho de grupo e a discussão plenária devem ser colocados na sala, no final deste módulo e estar disponíveis para todos os participantes.

Material didático

- *Role play* das diferentes personagens nos Documentos de Apoio
- *Flip-chart*
- Canetas

SÍNTESE DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

Em resumo

A última parte do módulo é um complemento que faz referência aos conhecimentos adquiridos através dos resultados do estudo de caso ou *role play* e dos pontos-chave dos módulos 4 a 8, bem como da discussão plenária. Assim, é feita uma exposição teórica que resume e destaca novamente as recomendações mais importantes no que diz respeito ao reconhecimento e à intervenção para garantir a segurança/cuidar do/a próprio e à criação de oportunidades no âmbito da violência contra mulheres idosas. Deste modo, os documentos de apoio preparados sobre as técnicas de comunicação e desanuviamto são distribuídos e apresentados pelo/a formador/a (Textos de Apoio 1 e 2). Para esta parte da apresentação estima-se que o tempo necessário sejam 30 minutos, sendo desta forma o tempo total deste módulo alargado. Se não houver tempo extra disponível, os documentos de apoio preparados podem ser entregues sem que se faça a apresentação.

Objectivos de aprendizagem

- Conhecer as ferramentas e instrumentos disponíveis na área do desanuviamto;
- Ter consciência dos benefícios e impactos das técnicas de desanuviamto e das intervenções comunicativas.

Métodos e distribuição de tempos

	
Opcional para extensão da sessão até 120 minutos: Exposição teórica pelo/a formador/a sobre a comunicação e desanuviamto (<i>slides</i> 15-20; textos de apoio 1-2)	
Comentários adicionais do/a formador/a sobre o papel, reconhecimento, intervenção e protecção (módulos 4-8), com base nos pontos em falta da discussão plenária referidos na lista de controlo do/a formador/a ⁵	30'
Perguntas abertas: esclarecimento de dúvidas e comentários	10'

Método

Apresentação dos conhecimentos adquiridos através dos resultados dos grupos de trabalho (estudos de caso ou *role plays*), dos elementos-chave dos módulos 4 a 8 e da discussão plenária. Adicionalmente, são distribuídos e apresentados pelo/a formador/a os documentos de apoio sobre desanuviamto e comunicação, com referências.

Contexto

O impacto das técnicas de desanuviamto, como a prevenção de esgotamentos, formas construtivas para a resolução de conflitos e o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, bem como as estratégias de comunicação mais importantes são salientadas pelo/a formador/a nesta última parte do módulo. Assim, são apresentados os documentos de apoio preparados acerca das técnicas de comunicação e desanuviamto e acerca dos elementos-chave dos módulos 4 a 8. Durante esta apresentação, são resumidas as intervenções comunicativas relativamente às dinâmicas violentas e agressivas em contextos de prestação de cuidados, as quais já foram destacadas nos resultados do estudo de caso e na discussão plenária. Neste contexto, o/a formador/a deve fazer referência às anotações feitas nos *flip-charts* e às recomendações resumidas. O/a formador/a deve, sobretudo, centrar a atenção nas técnicas de comunicação e desanuviamto.

⁴ Para mais informações ver Documentos de Apoio – Lista de controlo para os/as formadores/as.

Material didáctico

Estão preparados dois documentos de apoio (Textos de apoio 1 e 2) sobre as estratégias de comunicação e desanuiamento, os quais serão entregues aos/às formandos/as durante a última sessão “Conhecimentos adquiridos”. O objectivo é, em primeiro lugar, disponibilizar informação adicional por forma a melhorar o conhecimento e destacar a relevância das estratégias de comunicação e desanuiamento em situações agressivas e violentas. Em segundo lugar, destacar as recomendações para que os processos de comunicação e desanuiamento sejam coerentes e construtivos, salientando que a intervenção é uma opção possível e importante. Deste modo, estão resumidos, nos documentos de apoio, a informação baseada em bibliografia existente, assim como os elementos-chave dos módulos 4 a 8 no contexto da comunicação e desanuiamento.

Para mais informação, ver nos Documentos de Apoio: a Lista de controlo para o/a formador/a e os textos de apoio 1 e 2 (estes últimos para serem entregues às/aos formandos/as).



- Todas as mensagens negativas (isto é, praguejar ou utilizar palavras de reprovação) devem ser retiradas do discurso. A informação deve concentrar-se nos sentimentos e experiências.
- Exprima a sua empatia directamente à pessoa com quem dialoga (ver piag-b 2010, p. 51).

Adicionalmente, existem algumas frases comunicativas que podem ajudar a começar uma conversa e predispor a pessoa com quem se dialoga para continuar o diálogo. Por exemplo:

- Estou muito interessado/a na sua opinião acerca de...
- Diga-me, por favor...
- Gostaria de lhe contar uma coisa e gostaria que me desse a sua opinião.
- Pode dar-me um conselho?
(Gröschel, p. 30)

As razões que provocam processos de comunicação violentos são muitas vezes complexas e têm origens multidimensionais. Alguns dos problemas estão relacionados com a falta de articulação ou formulação adequada dos diferentes pontos de vista, requisitos, expectativas e desilusões dos intervenientes no diálogo (ver piag-b, 2010). De seguida resumem-se algumas das razões para situações de conflito relacionadas com estas implicações complexas.

Exemplo:

- As questões relacionadas com obrigações são basicamente da responsabilidade do/a outro/a parceiro/a em conflito. Por isso, as interpretações referem-se ao “outro/a” que não ajuda a encontrar soluções devido à sua perspectiva limitada.
- Em relação à situação em conflito, existe o desejo de que o ponto de vista pessoal seja apoiado. Por isso, a descrição do conflito é tendenciosa. Mais ainda, o enfoque está nos erros e nas obrigações da “pessoa culpada”.
- Os/as parceiros/as em conflito detêm padrões idealistas e consideram que as suas opiniões são justificadas.
(ver piag-b 2010, p. 44)

Deste modo, é difícil reconhecer rapidamente a origem das situações violentas. Em tais situações pode ser aconselhável falar com os colegas ou coordenadores/as de equipa sobre a violência identificada e procurar obter recomendações para um comportamento profissional e coerente.

Em complemento à informação acima referida, resumem-se de seguida os elementos-chave do módulo 5 “Abordagem da Violência” que colocam em destaque os conhecimentos adquiridos.

Módulo 5 “Abordagem da violência”:

3.1. Abordagem da violência em relação à mulher idosa vítima de violência (evitar tomar decisões pela vítima, criar um clima de confiança, dar apoio, prestar informação)

Primeira suspeita:

- a. Falar com o/a coordenador/a de equipa e/ou com colegas
- b. Chegar a um consenso sobre como abordar o caso através da análise da dimensão e dos riscos de segurança imediatos
- c. Integrar a vontade da vítima e informar acerca do apoio disponível
- d. Definir uma intervenção adequada em conjunto com a mulher idosa

Pressupostos:

- estar a sós com a mulher idosa durante a conversa sobre a violência observada
- criar uma atmosfera positiva com tempo suficiente, onde a cliente se sinta aceite, confortável e sinta que as suas decisões são respeitadas.

**Recomendações para medidas de intervenção com vista a interromper as agressões e as acções violentas:**

- Alterar a situação, isto é, interromper a situação abandonando a divisão/local (intervenção locais)
 - Reflectir sobre as “reais” razões para a situação violenta e detectar a razão subjacente (intervenção individual)
 - Reflectir sobre o comportamento
 - Após a ocorrência das acções violentas, falar cuidadosamente e com sensibilidade com a equipa acerca da situação e das emoções envolvidas (intervenção em equipa)
 - Registar e documentar a agressão e as acções violentas e denunciá-las aos serviços de apoio (isto é, polícia, abrigos para mulheres, associações profissionais)
 - Alterar as situações que provocam as acções violentas (se possível)
 - Praticar estratégias de auto-defesa (intervenção físicas) e denunciar a situação de imediato ao/a coordenador/a da equipa ou associação profissional
 - Providenciar os primeiros socorros se isso não representar qualquer perigo para o/a próprio, por forma a aumentar o desanuiamento
- (ver Drenhaus-Wagner 1999; Pointner 2010; piag-b (www.piag-b.com); Gröschel, handouts nr. 8 e 9)

Em complemento à informação acima referida, são resumidos a seguir os elementos-chave dos módulos 4, 6, 7 e 8 que colocam em destaque os conhecimentos adquiridos.

Módulo 4 “Reconhecimento da violência”:

Em resumo, os pontos-chave do módulo 4 que devem ser tidos em consideração durante a discussão plenária são os seguintes:

Sinais transmitidos pela vítima

Violência física, psicológica ou emocional, abuso sexual, exploração financeira, negligência

Sinais transmitidos pelo/a agressor/a

Comportamento, sobrecarga

Sinais transmitidos pelo meio envolvente

Alterações na atitude perante a vida ou na estrutura familiar

Semelhanças com sintomas de alterações normais relacionadas com o envelhecimento e com doenças

Atenção: Alguns sinais de violência podem confundir-se com “alterações normais relacionadas com o envelhecimento” e com sintomas de doenças.

Módulo 6 “Garantir a Segurança, Registrar e Documentar, Observar os Aspectos Legais”

Os aspectos-chave do Módulo 6 “Garantir a Segurança, Registrar e Documentar, Observar os Aspectos Legais” são:

Garantir a Segurança

A avaliação do risco (isto é, risco de segurança imediato, denúncia) depende do facto da situação ser ou não aguda. Muitas vezes os problemas são complexos e de longa duração e não existem soluções imediatas.

É importante que os/as profissionais garantam a sua própria segurança! E que saibam que não são os/as únicos/as responsáveis pela situação.



Gröschel, C.: Heimhilfeausbildung und Thema innerfamiliäre Gewalt - Handout Nr. 8. Bildungszentrum des Österreichischen Roten Kreuzes, Viena.

Gröschel, C.: Umgang mit (möglicherweise) von Gewalt betroffenen KlientInnen (Kommunikation) und Selbstschutz (Burn-out-Prävention) - Handout Nr. 9. Österreichische Rote Kreuz, Viena.

Piag-b: Prävention und Intervention gegen Aggression und Gewalt in Betreuungsberufen. Teilnehmerunterlagen. Consultado em: 15 de Julho de 2010 (www.piag-b.com).

Pointner, H. (2010): Ausbildungsinhalte Aggression-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement im Schulbereich OWS. SMZ Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital, Viena.



LISTA DE CONTROLO PARA O/A FORMADOR/A

Lista de controlo para o/a formador/a	
<p>Módulo 4 “Reconhecimento da Violência”: Em resumo, os pontos-chave do módulo 4 que devem ser referidos durante o tópico “Conhecimentos Adquiridos” são os seguintes:</p>	<p>Confirmar:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Sinais transmitidos pela vítima Violência física, psicológica ou emocional, abuso sexual, exploração financeira, negligência</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Sinais transmitidos pelo/a agressor/a Comportamento, sobrecarga</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Sinais transmitidos pelo meio envolvente Alterações na atitude perante a vida ou na estrutura familiar</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Semelhanças com sintomas de alterações normais relacionadas com o envelhecimento e com doenças Atenção: Alguns sinais de violência podem confundir-se com “alterações normais relacionadas com o envelhecimento” e com sintomas de doenças.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>Módulo 5 “Abordagem da violência”: Os principais pontos do módulo 5 “Abordagem da Violência” dizem respeito a:</p>	<p>Confirmar:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Abordagem da violência em relação à mulher idosa vítima de violência (evitar tomar decisões pela vítima, criar um clima de confiança, dar apoio, prestar informação)</p>	
<p>Primeira suspeita:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Falar com o/a coordenador/a de equipa e/ou com os colegas 	<p><input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Chegar a um consenso sobre como abordar o caso através da análise da dimensão e dos riscos de segurança imediatos 	<p><input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a vontade da vítima e informá-la acerca do apoio disponível 	<p><input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Definir uma intervenção adequada em conjunto com a mulher idosa 	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Pressupostos:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • estar a sós com a mulher idosa durante a conversa sobre a violência observada 	<p><input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> • criar uma atmosfera positiva com tempo suficiente, onde a cliente se sinta aceite, confortável e sinta que as suas decisões são respeitadas. 	<p><input type="checkbox"/></p>

Abordagem do assunto com a mulher idosa:	
Perguntas gerais relacionadas com o bem-estar e o estado de saúde	<input type="checkbox"/>
Perguntas específicas dependendo da situação	<input type="checkbox"/>
Perguntas directas no contexto das necessidades isoladas	<input type="checkbox"/>
Recolha de informação concreta Atenção: sentimentos de vergonha e culpa - são necessárias mensagens claras para reconfortar quem passa por essas experiências	<input type="checkbox"/>
Possíveis dificuldades na abordagem da violência maus-tratos negados pela mulher idosa e recusa em falar com os/as profissionais, deficiências cognitivas, acompanhamento pelo/a agressor/a, percurso migratório e barreiras linguísticas	

Módulo 6 “Garantir a Segurança, Registrar e Documentar, Observar os Aspectos Legais”: Os aspectos-chave do Módulo 6 “Garantir a Segurança, Registrar e Documentar, Observar os Aspectos Legais” são:	Confirmar: <input checked="" type="checkbox"/>
Garantir a Segurança	
Avaliação do risco (isto é, risco de segurança imediato, denúncia) depende do facto da situação ser ou não aguda.	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes os problemas são complexos e de longa duração ⇒ não existem soluções imediatas. É importante que os/as profissionais garantam a sua própria segurança! E que saibam que não são os únicos responsáveis pela situação. Segurança imediata: abandonar a cena do crime e chamar a polícia, assim como os/as coordenadores de equipa. Ter em conta que por vezes é necessária uma autorização.	
Garantir a segurança da vítima:	
Estratégias de prevenção e protecção: por forma a evitar a continuação dos maus-tratos	<input type="checkbox"/>
Estratégias de notificação: métodos para procurar ajuda numa situação de crise	<input type="checkbox"/>
Serviços de referência: reconhecimento e utilização de serviços de assistência	<input type="checkbox"/>
Apoio emocional: utilização de métodos de apoio emocional e formas para reduzir o isolamento	<input type="checkbox"/>
Basicamente: acordo da vítima e garantia da segurança do/a profissional	<input type="checkbox"/>



Registo e documentação: viabilidade da utilização para fins legais, etapas do registo e documentação	<input type="checkbox"/>
Basicamente: Registrar e documentar todas as observações e acções que sejam passíveis de ser utilizadas para fins legais (depende da legislação nacional) e informar adequadamente a organização.	
Recomendação: Evitar o registo e documentação de lesões sempre que o/a agressor/a esteja por perto e nunca deixar os registos na residência da vítima.	
“Violência de diferentes origens necessita de diferentes intervenções” (ver módulo 6)	

Módulo 7 “Intervir: Serviços de Apoio, Cooperação, Redes de Contacto”: Em resumo, o módulo 7 trata de:	Confirmar: <input checked="" type="checkbox"/>
• Serviços formais, como a enfermagem comunitária, a polícia ou os profissionais de serviço social	<input type="checkbox"/>
• Apoios não formais, como associações para pessoas idosas	<input type="checkbox"/>
• Apoios informais - família e pessoas amigas	<input type="checkbox"/>
Cada instituição de apoio tem as suas competências e aptidões específicas e os seus instrumentos de intervenção e limitações, os quais dão origem a diferentes problemas e desafios. Por isso, é importante saber que tipo de apoio é adequado em cada situação concreta. Adicionalmente, torna-se fundamental ter diferentes competências para contactar diferentes serviços de apoio. Por isso, recomenda-se que haja uma crescente tomada de consciência destas diferentes “estratégias de serviços de apoio”.	

Módulo 8 “Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a”: Os principais pontos do módulo 8 são:	Confirmar: <input checked="" type="checkbox"/>
• Gerir situações de conflito: estabelecer fronteiras	<input type="checkbox"/>
• Factores de tensão: causas e impactos	<input type="checkbox"/>
• Prevenção de esgotamentos	<input type="checkbox"/>



ESTUDO DE CASO I: NEGLIGÊNCIA E EXPLORAÇÃO FINANCEIRA

Tarefa

O estudo de caso deve ser trabalhado por cada grupo autonomamente e com base nas perguntas que se seguem, por forma a encontrar a melhor solução para um comportamento adequado e profissional em situações de conflito. As perguntas referem-se sobretudo ao conteúdo dos módulos 4 a 8.

Descrição do estudo de caso I:

A D. Helena Barros tem muito pouco contacto com a família. Apenas o seu sobrinho a visita uma vez por mês. Ela gosta dele e dá-lhe dinheiro de bolso frequentemente.

Neste momento, a saúde da D. Helena está debilitada, pelo que requisitou serviços de prestação de cuidados de saúde. Desde então, recebe a visita de um ajudante de apoio domiciliário⁷ quatro vezes por semana, estando um/a enfermeiro/a responsável pelos serviços de prestação de cuidados. Nenhum dos dois nunca viu o sobrinho da D. Helena já que ele visita a tia ao final do dia, embora a senhora já tenha falado sobre o sobrinho aos/às profissionais.

Durante as últimas semanas tornou-se evidente a necessidade de comprar uma cama adequada e ajudas técnicas para a casa de banho. Embora pareça ao/a ajudante de apoio domiciliário que a D. Helena é muito poupada, ela não tem nenhum dinheiro disponível e surpreendentemente, não consegue explicar porque razão isto acontece. Simultaneamente, está a tornar-se cada vez mais agressiva, introvertida e nervosa com os/as profissionais. Subitamente, começa a dizer que o/a ajudante de apoio domiciliário lhe está a tirar dinheiro.

Perguntas para o grupo de trabalho:

• De que modo consigo detectar a violência?

Quais as situações que merecem atenção, isto é, alterações no comportamento do/a cliente, alterações no relacionamento entre familiares, situação relativamente à residência, dinâmicas de comunicação (críticas, preconceitos)? Quais os sinais óbvios de violência ou negligência?

• Como posso esclarecer a minha suspeita?

O que posso fazer para ter mais informação? Que tipo de comunicação é adequada - para quem e o quê?

• Como posso proteger-me?

Qual apoio/contribuição que posso obter? Qual o meu papel? Quais são os aspectos legais? Que aspectos da comunicação são relevantes? Como posso desanuviar a situação?

⁶ A história é baseada no estudo de caso austríaco apresentado no *workshop* do BtT sobre a tomada de consciência.

⁷ A função profissional pode ser alterada dependendo dos antecedentes profissionais dos/as formandos/as.



- **Como posso proteger-me?**

Qual apoio/contribuição que posso obter? Qual o meu papel? Quais são os aspectos legais? Que aspectos da comunicação são relevantes? Como posso desanuviar a situação?



ROLE PLAY: CONVERSA TELEFÓNICA ENTRE A PESSOA PRESTADORA DE CUIDADOS E O/A COORDENADOR/A DE EQUIPA DOCUMENTO DE APOIO PARA O CUIDADOR/A

Tarefa

No total, estão previstos três papéis diferentes para o *role play*. Estes papéis têm personagens e tarefas específicas que são descritas a seguir. O objectivo é distribuir os papéis pelos cinco elementos do grupo e teatralizar a história com base na “descrição dos papéis”. Essa descrição deve ser apresentada em cartões.

A descrição do role play deve apenas ser lida pela pessoa que interpreta o papel de pessoa prestadora de cuidados. O/a coordenador/a, bem como os/as observadores/as não devem ter qualquer informação de base prévia. Deste modo, é construída uma “situação real” para o/a coordenador uma vez que, regra geral, o mesmo também não tem nenhuma informação prévia à chamada telefónica. Relativamente aos/às observadores/as, espera-se que o seu feedback seja mais interessado se não tiverem nenhuma informação prévia sobre a história.

A situação do *role play* está relacionada com o módulo 5 “Abordagem da violência”, módulo 6 “Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais”, módulo 7 “Intervir - Intervir: Serviços de apoio, cooperação e redes de contacto” e modulo 8 “ Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a “.

Descrição do papel

Cartão 1: Pessoa prestadora de cuidados (uma pessoa)

A história apresentada deve ser relatada pelo/a profissional ao/a coordenador do serviço de saúde/social numa conversa telefónica, de acordo com os seguintes pontos-chave:

- Breve explicação da situação de prestação de cuidados
- Relato dos factos observados
- Descrição das suspeitas
- Pedido de apoio/contribuição

O objectivo é utilizar toda a informação dos módulos nesta sessão de formação, por forma a agir (comunicar) adequadamente no que diz respeito ao reconhecimento, abordagem, registo e documentação e pedido de contribuição (cuidar do/a próprio/a) ao longo da cadeia de intervenção (módulos 4-8).

Apenas para o/a intérprete da “pessoa prestadora de cuidados”: descrição da situação do *role play*¹⁰:
Informação EXCLUSIVA para o/a intérprete da “pessoa prestadora de cuidados”:

Para preparar a conversa telefónica com o/a coordenador/a da sua organização no campo da saúde e serviço social, descreve-se de seguida a situação que ocorreu durante os últimos meses:

A D. Mariana Horta tem 85 anos e vive numa pequena aldeia. O marido morreu há três anos. Desde essa altura ela vive sozinha numa casa grande. Depois de uma queda violenta, há dez meses, já não consegue cuidar de si própria. Desde essa altura a sua família toma conta dela. Gradualmente, a sua filha assumiu a tarefa de cuidar da mãe apesar de ter pouco tempo livre: trabalha em part-time e tem a sua própria família, com três filhos/as. Como resultado, a filha da D. Mariana começou a sentir que não conseguia corresponder às suas obrigações. Pelo contrário, a D. Mariana não consegue perceber

¹⁰ A história é baseada no estudo de caso austríaco apresentado no *workshop* do BtT sobre a tomada de consciência.



porque é que a família não é capaz de cuidar dela adequadamente. Assim, foi muito difícil para a D. Mariana aceitar a pessoa prestadora de cuidados que a ajuda na sua higiene pessoal. Ainda há algumas tarefas que a D. Mariana gosta que sejam feitas pela sua filha.

Durante os últimos meses, a filha e a mãe tiveram várias discussões e a sua relação ficou mais tensa porque a filha gostava de ter mais apoio dos serviços sociais e de saúde. A D. Mariana não aceita essa situação porque, para ela, já lhe basta ter a pessoa prestadora de cuidados que tem actualmente.

Um dia a pessoa prestadora de cuidados repara numas manchas vermelhas nas costas e nos braços da D. Mariana. A explicação para estas manchas é diferente de cada vez que o assunto é abordado. A filha afirma que nunca tinha visto as manchas...



ROLE PLAY: CONVERSA TELEFÓNICA ENTRE A PESSOA PRESTADORA DE CUIDADOS E O/A COORDENADOR/A DE EQUIPA DOCUMENTO DE APOIO PARA O/A COORDENADOR/A

Tarefa

No total, estão previstos três papéis diferentes para o *role play*. Estes papéis têm personagens e tarefas específicas que são descritas a seguir. O objectivo é distribuir os papéis pelos cinco elementos do grupo e teatralizar a história com base na “descrição dos papéis”. Essa descrição deve ser apresentada em cartões.

A descrição do role play deve apenas ser lida pela pessoa que interpreta o papel de pessoa prestadora de cuidados. O/a coordenador/a, bem como os/as observadores/as não devem ter qualquer informação de base prévia. Deste modo, é construída uma “situação real” para o/a coordenador uma vez que, regra geral, o mesmo também não tem nenhuma informação prévia à chamada telefónica. Relativamente aos/às observadores/as, espera-se que o seu feedback seja mais interessado se não tiverem nenhuma informação prévia sobre a história.

A situação do *role play* está relacionada com o módulo 5 “Abordagem da violência”, módulo 6 “Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais”, módulo 7 “Intervir - Intervir: Serviços de apoio, cooperação e redes de contacto” e modulo 8 “ Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a ”.

Descrição do papel

Cartão 2: Coordenador/a de serviço de saúde/social (uma pessoa)

Descrição do papel:

- Personagem: Pessoa crítica, que desconfia dos outros
- É confrontado/a com as hierarquias da organização (os diferentes profissionais não são iguais dentro da organização)
- Sofre quando pressionado pelo tempo



ROLE PLAY: CONVERSA TELEFÓNICA ENTRE A PESSOA PRESTADORA DE CUIDADOS E O/A COORDENADOR/A DE EQUIPA

DOCUMENTO DE APOIO PARA OS/AS OBSERVADORES/AS

Tarefa

No total, estão previstos três papéis diferentes para o *role play*. Estes papéis têm personagens e tarefas específicas que são descritas a seguir. O objectivo é distribuir os papéis pelos cinco elementos do grupo e teatralizar a história com base na “descrição dos papéis”. Essa descrição deve ser apresentada em cartões.

A descrição do role play deve apenas ser lida pela pessoa que interpreta o papel de pessoa prestadora de cuidados. O/a coordenador/a, bem como os/as observadores/as não devem ter qualquer informação de base prévia. Deste modo, é construída uma “situação real” para o/a coordenador uma vez que, regra geral, o mesmo também não tem nenhuma informação prévia à chamada telefónica. Relativamente aos/às observadores/as, espera-se que o seu feedback seja mais interessado se não tiverem nenhuma informação prévia sobre a história.

A situação do *role play* está relacionada com o módulo 5 “Abordagem da violência”, módulo 6 “Garantir a segurança, registar e documentar, observar os aspectos legais”, módulo 7 “Intervir - Intervir: Serviços de apoio, cooperação e redes de contacto” e modulo 8 “ Gerir situações difíceis e cuidar de si próprio/a “.

Descrição do papel

Cartão 3: Observadores/as (três pessoas)

Descrição do papel:

Observação da conversa entre o/a profissional e o/a coordenador

Preparação de um *feedback* construtivo: pontos positivos e ideias para melhorar

Anotação dos pontos-chave num *flip-chart* no final do *role play*, em conjunto com os outros intervenientes:

- Quais as estratégias de comunicação recomendadas para a denúncia de uma situação de violência?
- Reflexão sobre que tipo de informação é importante para um/a coordenador/a.
- Reflexão sobre a importância do apoio e cuidado prestados ao/à profissional.

RECOMENDAÇÕES PARA LEITURAS ADICIONAIS

Barrett, M. & Davidson, M. J. (Ed.) (2006). Gender and communication at work. – (Gender and organizational theory). Ashgate, Hampshire.

[Dindia, K. & Canary, Daniel J. \(Ed.\). Sex differences and similarities in communication.](#) 2006, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey.

Elwert, G., Feuchtwang, S. & Neubert, D. (Ed.) (1999). Dynamics of violence. Processes of escalation and de-escalation in violent group conflicts. Duncker & Humboldt, Berlin.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Drenhaus-Wagner, R. (1999) Umgang mit Aggressionen und Gewalt in der Pflege, Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V., Berlin.

Glasgow K, & Fanslow JL. (2006). Family Violence Intervention Guidelines: Elder abuse and neglect. Wellington: Ministério da Saúde.

Gröschel, C. (2006): Kommunikation mit älteren/hilfsbedürftigen Menschen – Teil 1. In: Besuchsdienstausbildung, Bildungszentrum des Österreichischen Roten Kreuzes, Viena, S. 21-47.

Gröschel, C.: Heimhilfeausbildung und Thema innerfamiliäre Gewalt - Handout Nr. 8. Bildungszentrum des Österreichischen Roten Kreuzes, Viena.

Gröschel, C.: Umgang mit (möglicherweise) von Gewalt betroffenen KlientInnen (Kommunikation) und Selbstschutz (Burn-out-Prävention) - Handout Nr. 9. Österreichische Rote Kreuz, Viena.

Janz, R. (1996). Möglichkeiten einer innovativen Didaktik der Erwachsenenbildung. Didaktische Aspekte zur Förderung sozialer Kompetenz und Konfliktbewältigung im Lernfeld von Organisationen. Tectum Verlag, Marburg.

Jung-Lübke, M. & Heßelmann, H. (2003). Prävention und Intervention gegen Aggression und Gewalt in Betreuungsberufen. Teilnehmerunterlagen, www.piag-B.com

Kalbfleisch, P. J. & Herold, A. L. (2006): Sex, power and communication. In: [Dindia, K. & Canary, Daniel J. \(Ed.\). Sex differences and similarities in communication.](#) 2006, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey.

MacIntyre Jenkins, M (2004). Die Geschichte liegt im Erzählen. Ein kooperativer Konversationsstil unter Frauen. In: Trömel-Plötz, S. (Ed.). Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen. 2004, Milena Verlag, Viena.

Piag-b: Prävention und Intervention gegen Aggression und Gewalt in Betreuungsberufen. Teilnehmerunterlagen. Consultado em: 15 de Julho de 2010 (www.piag-b.com).

Pointner, H. (2010): Ausbildungsinhalte Aggression-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement im Schulbereich OWS. SMZ Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital, Viena.

Trömel-Plötz, S. (Ed.) (2004). Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen. Milena Verlag, Viena.

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

Para os/as formadores/as, a avaliação é um indicador precioso para saber até que ponto os/as formandos/as estão satisfeitos/as com aspectos como o conteúdo e os métodos utilizados na acção de formação, a atmosfera de trabalho ou o ambiente de aprendizagem. Existem sempre oportunidades de melhoria - se for adoptada uma filosofia de avaliação positiva - e não há necessidade de lamentar as falhas ou erros. As avaliações são essenciais para o desenvolvimento da qualidade e fornecem informações importantes a longo prazo.

Basicamente, existem dois tipos de avaliação:

- Uma 'avaliação formativa', aplicada após etapas de trabalho específicas, isto é, no final de um módulo ou de um dia numa acção de formação de vários dias. Desta forma, os problemas são detectados numa fase inicial e podem ser tomadas medidas para os resolver. A avaliação formativa é ideal para uma aplicação interactiva, sendo dada voz aos/às formandos/as no processo.
- Uma 'avaliação sumativa', feita em retrospectiva, que mede o resultado alcançado em relação aos objectivos conceptuais. Os/as formandos/as fazem a sua avaliação mas não estão necessariamente envolvidos no processo.

Dependendo dos diferentes focos de interesse de formadores/as, os/as autores/as deste manual consideram as ferramentas seguintes como particularmente adequadas para serem aplicadas em acções de formação no contexto do projecto *Breaking the Taboo*¹.

Conhecer, de forma rápida, a satisfação geral dos/as formandos/as

Se o objectivo é saber qual o sentimento geral dos/as formandos/as relativamente à experiência de formação (e não tem mais de 5 - 10 minutos disponíveis), pode ser aplicada uma das duas abordagens seguintes, ou uma combinação das duas. As mesmas são especialmente adequadas para avaliações formativas no final de um módulo ou de um dia de formação.

¹ O website do projecto europeu 'SEALLL – Self evaluation in adult lifelong learning' é uma fonte rica em ferramentas de avaliação: http://www.sealll.eu/eval_tools.php, estando disponível na biblioteca, em <http://www.sealll.eu/docs.php>, um manual com sugestões práticas em inglês, holandês, lituano, polaco, turco, sueco e alemão.

“APRESENTAÇÃO DE SMILEYS”	
Material necessário	<i>Post-its, canetas, flip-chart</i>
Como realizar a actividade	O/a formador/a explica os objectivos e dá aos/as formandos/as cartões <i>post-it</i> em branco, desenhando três <i>Smileys</i> no <i>flip-chart</i> : um sorridente, um a chorar e outro neutro. Pede-se aos/às formandos/as que escolham um <i>Smiley</i> dependendo de como se sentem no momento e que coloquem um <i>post-it</i> no <i>flip-chart</i> , na secção correspondente ao <i>Smiley</i> escolhido. É imediatamente exibida uma panorâmica de como se sentem os membros do grupo.
Sugestões adicionais	A apresentação de <i>Smileys</i> pode ser complementada com a ferramenta “Lanterna”.

“LANTERNA”	
Material necessário	Nenhum
Como realizar a actividade	O/a formador/a explica os objectivos e pede aos/às formandos/as que expliquem em 2-3 palavras ou numa frase como se sentem naquele momento relativamente ao seu grau de satisfação geral e ao maior prazer ou ao maior problema que tiveram no decurso do módulo ou do dia. Não se espera, nem é necessária, uma discussão. Do mesmo modo que com a apresentação de <i>Smileys</i> , será óbvio, de imediato, qual é o estado de espírito dos/as formandos/as.
Sugestões adicionais	A abordagem da lanterna é especialmente adequada quando combinada com outra ferramenta de avaliação ou quando aplicada se o tempo é escasso e os/as formandos/as anseiam pelo fim da sessão.

Avaliação da satisfação dos/as formandos/as tendo em conta as características específicas da acção de formação

Pode também existir a necessidade de se obterem indicadores acerca do sucesso de partes específicas ou componentes estruturais da acção de formação. Dado que o envolvimento activo dos/as formandos/as numa reflexão sobre trabalhos futuros é um processo mais intenso, deve assegurar-se um período de 20 - 30 minutos para que sejam alcançados resultados razoáveis. As ferramentas seguintes são adequadas, quer para uma abordagem de avaliação formativa, quer para uma abordagem de avaliação sumativa. Podem ser usadas após determinadas sessões, após um dia ou após todo o curso de formação.

“ALVO”	
Material necessário	<i>Poster com um alvo, autocolantes, post-its, canetas</i>
Como realizar a actividade	<p>Criar antecipadamente um <i>poster</i> com um alvo e colocá-lo na parede ou no quadro de mensagens. O alvo pode ser dividido em até quatro secções: por exemplo, organização, tópicos, tempo e atmosfera. Anotar os títulos das secções e deixar algum espaço livre à volta do alvo. Assegurar que cada formando/a tem tantos autocolantes quantas secções no alvo.</p> <p>Explicar os objectivos da actividade e pedir aos/às formandos/as que coloquem os autocolantes no <i>poster</i> de acordo com o seu grau de satisfação. Os autocolantes colocados no centro indicam até 100 pontos enquanto que os autocolantes colocados nas margens expressam um baixo grau de satisfação. Podem ser dadas explicações adicionais sobre a avaliação, nos <i>post-its</i> que são colocados à volta do alvo, nas secções às quais pertencem.</p> <p>O resultado geral aparece de imediato e constitui uma boa base para uma discussão conjunta em que são retiradas conclusões, reconhecidas as dificuldades e formuladas recomendações sobre o que necessita de ser adaptado para futuras acções de formação.</p>
Sugestões adicionais	A ferramenta também é adequada para a avaliação de reuniões ou conferências com muito mais participantes do que um curso de formação.

“POSIÇÕES NA LINHA CRONOLÓGICA”	
Material necessário	<i>Poster com frases preparadas, autocolantes, post-its, canetas</i>
Como realizar a actividade	<p>Criar um <i>poster</i> com algumas frases relativas aos objectivos pretendidos como “A minha capacidade de compreender os sinais de violência contra pessoas idosas foi desenvolvida...”. Debaxo desta frase desenhar uma linha cronológica e definir as posições da esquerda para a direita como “nada” - “muito pouco” - “alguma coisa” - “bem” - “muito bem”. Cada formando/a recebe um autocolante para cada uma das frases.</p> <p>Explicar os objectivos da actividade e pedir aos/às formandos/as que coloquem os autocolantes no local da linha cronológica que indica a sua auto-avaliação de desenvolvimento. Esta auto-avaliação pode ser comentada em <i>post-its</i> colocados ao lado das frases a que se referem ou através de uma discussão em plenário.</p> <p>Os resultados tornam-se imediatamente visíveis. Uma discussão aprofundada irá facilitar um conhecimento mais profundo dos assuntos em estudo, de modo a que, no futuro, possam ser realizadas melhorias no conceito.</p>
Sugestões adicionais	A indicação das posições na linha cronológica é especialmente aconselhada se o objectivo for a avaliação do progresso da aprendizagem individual.

O que levo comigo? O que deixo aqui?	
Material necessário	Um <i>poster</i> com o desenho de uma grande mala, mochila ou pasta, assim como o desenho de um cesto de papéis ou espaço para os aspectos a deixar para trás, <i>post-its</i> , canetas
Como realizar a actividade	<p>Desenhar uma mala, mochila ou pasta numa grande folha de papel [ou num quadro] e escrever por cima: “O que levo comigo?”. Ao lado, desenhar um caixote do lixo ou deixar algum espaço e escrever “O que deixo aqui?”. Explicar que o objectivo da actividade é avaliar que elementos da acção de formação foram úteis e ajudaram os/as formandos/as de modo a que queiram levá-los consigo (para situações de trabalho concretas). Explicar também que é bom saber o que gostariam de deixar para trás.</p> <p>Cada formando/a recebe então <i>post-its</i> de duas cores diferentes (aproximadamente 2-3 de cada cor) e canetas de feltro para escrever nesses <i>post-its</i>. Uma cor é para os aspectos da acção de formação que quer levar consigo e a outra é para os aspectos que quer deixar para trás.</p> <p>É pedido aos/às formandos/as que escrevam um aspecto em cada <i>post-it</i>. Quando os/as formandos/as terminam podem eles próprios colar os <i>post-its</i> no <i>poster</i> ou pode o/a formador/a recolher todos os <i>post-its</i> e colocá-los no <i>poster</i>. Se possível, o/a formador/a pode já agrupar algumas respostas de acordo com os temas.</p> <p>Quando todos terminarem, o/a formador/a pode resumir as respostas. Pode também perguntar aos/às formadores/as se querem acrescentar ou explicar algum ponto. Recordar os/as formandos/as de que podem observar o <i>poster</i> em detalhe no intervalo ou no final do <i>workshop</i>.</p>
Sugestões adicionais	Este exercício pode ser útil para assegurar que alguns aspectos difíceis ou dolorosos do <i>workshop</i> ficam para trás.

RONDA FINAL	
Material necessário	Talvez um <i>flip-chart</i> ou um <i>slide</i> de <i>powerpoint</i> com algumas perguntas, caso contrário, nada.
Como realizar a actividade	É pedido a cada formando/a que faça um pequeno comentário final sobre a sua experiência no curso de formação. É também possível formular algumas perguntas, como: <ul style="list-style-type: none"> • O que gostou mais no curso? • O que faltou? • O que irá usar no seu trabalho?
Sugestões adicionais	Com este exercício o/a formador/a tem de assegurar-se de que todos/as os/as formandos/as têm o mesmo tempo para falar e de que esse tempo não é muito longo. Em princípio, o exercício é semelhante ao da “lanterna” acima referido.

Avaliar um amplo leque de temas em pormenor

Não existem restrições quanto ao número de temas a serem avaliados se forem entregues aos/às formandos/as questionários escritos. O enfoque pode ser colocado em aspectos múltiplos e específicos relativos à organização e gestão de tempo, tópicos, resultados, sensação de envolvimento de cada um/a, capacidade de expressar críticas e dúvidas ou qualquer aspecto que pareça ser de especial interesse. Uma secção do formulário de avaliação deve ter como objectivo recolher dados sócio-demográficos como a idade, o género, a profissão, etc. Isto permite uma avaliação da satisfação em relação a esses elementos.

Se aplicado em exclusivo, o preenchimento de questionários escritos não consome muito tempo e normalmente não demora mais de 10 -15 minutos. Os questionários escritos podem conter perguntas abertas que dão a oportunidade de se explicar o motivo porque determinadas caixas estão seleccionadas e que servem para se fazerem comentários adicionais. Uma vez que, muitas vezes, os/as formandos/as não gostam de responder a perguntas abertas, o questionário pode ser complementado com comentários finais de cada um dos/as formandos/as numa curta ronda de *feedback* depois de todos os questionários terem sido recolhidos.

Uma vez que os resultados não são evidentes como, por exemplo, na abordagem do alvo, mas necessitam de uma análise após a conclusão da acção de formação, esta abordagem é especialmente indicada para uma avaliação sumativa do curso de formação.

Um exemplo de um questionário deste tipo, aplicado nos *workshops* nacionais sobre tomada de consciência do projecto *Breaking the Taboo* é dado nas páginas seguintes.

(LOCAL), (DATA) FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO WORKSHOP DE FORMAÇÃO

1. ORGANIZAÇÃO DO WORKSHOP				
1.1 Achei a informação que recebi antes deste <i>workshop</i> ...				
<input type="checkbox"/> muito útil	<input type="checkbox"/> útil	<input type="checkbox"/> com alguma utilidade	<input type="checkbox"/> com pouca utilidade	<input type="checkbox"/> sem qualquer utilidade
1.2 Achei a organização deste <i>workshop</i> ...				
<input type="checkbox"/> muito boa	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> aceitável	<input type="checkbox"/> má	<input type="checkbox"/> muito má
1.3 A duração e tempos do <i>workshop</i> foram...				
<input type="checkbox"/> muito boa	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> aceitável	<input type="checkbox"/> má	<input type="checkbox"/> muito má
1.4 A composição do grupo de formandos/as era...				
<input type="checkbox"/> muito boa	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> aceitável	<input type="checkbox"/> má	<input type="checkbox"/> muito má

2. CONTEÚDOS E MÉTODOS				
2.1 As apresentações (exposições do/a formador/a) neste <i>workshop</i> foram...				
<input type="checkbox"/> vivas e claras	<input type="checkbox"/> claras	<input type="checkbox"/> parcialmente claras	<input type="checkbox"/> pouco claras	<input type="checkbox"/> muito pouco claras
2.2 A facilitação neste <i>workshop</i> foi..				
<input type="checkbox"/> muito útil	<input type="checkbox"/> útil	<input type="checkbox"/> com alguma utilidade	<input type="checkbox"/> com pouca utilidade	<input type="checkbox"/> sem qualquer utilidade
2.3 Achei as discussões neste <i>workshop</i> ...				
<input type="checkbox"/> muito interessantes	<input type="checkbox"/> interessantes	<input type="checkbox"/> parcialmente interessantes	<input type="checkbox"/> pouco interessantes	<input type="checkbox"/> nada interessantes
2.4 Achei os métodos utilizados neste <i>workshop</i> ...				
<input type="checkbox"/> muito eficazes	<input type="checkbox"/> eficazes	<input type="checkbox"/> parcialmente eficazes	<input type="checkbox"/> pouco eficazes	<input type="checkbox"/> nada eficazes
2.5 A qualidade dos materiais disponibilizados no <i>workshop</i> era...				
<input type="checkbox"/> muito elevada	<input type="checkbox"/> elevada	<input type="checkbox"/> média	<input type="checkbox"/> baixa	<input type="checkbox"/> muito baixa

2.6 Foi gasto demasiado tempo em:

2.7 Foi gasto muito pouco tempo em:

2.8 Neste <i>workshop</i> senti a falta de:

3. RESULTADOS				
3.1 O <i>workshop</i> serviu para aumentar a minha consciência acerca do problema da violência contra mulheres idosas...				
<input type="checkbox"/> muito significativamente	<input type="checkbox"/> significativamente	<input type="checkbox"/> de certo modo	<input type="checkbox"/> quase nada	<input type="checkbox"/> de modo nenhum
3.2 O <i>workshop</i> serviu para melhorar a minha capacidade de ajudar vítimas de violência ...				
<input type="checkbox"/> muito significativamente	<input type="checkbox"/> significativamente	<input type="checkbox"/> de certo modo	<input type="checkbox"/> quase nada	<input type="checkbox"/> de modo nenhum
3.3 O <i>workshop</i> serviu para aumentar a minha capacidade de lidar pessoalmente com o problema da violência contra mulheres idosas...				
<input type="checkbox"/> muito significativamente	<input type="checkbox"/> significativamente	<input type="checkbox"/> de certo modo	<input type="checkbox"/> quase nada	<input type="checkbox"/> de modo nenhum
3.4 No geral, o resultado do <i>workshop</i> para o meu trabalho é...				
<input type="checkbox"/> muito útil	<input type="checkbox"/> útil	<input type="checkbox"/> com alguma utilidade	<input type="checkbox"/> com pouca utilidade	<input type="checkbox"/> sem qualquer utilidade

4. ENVOLVIMENTO PESSOAL				
4.1 Neste <i>workshop</i> senti-me envolvido/a ...				
<input type="checkbox"/> completamente	<input type="checkbox"/> em grande parte	<input type="checkbox"/> suficientemente	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> nada
4.2 Fui capaz de contribuir com as minhas próprias competências ...				
<input type="checkbox"/> completamente	<input type="checkbox"/> em grande parte	<input type="checkbox"/> suficientemente	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> nada
4.3 Fui capaz de expressar as minhas dúvidas, incertezas e notas críticas ...				
<input type="checkbox"/> completamente	<input type="checkbox"/> em grande parte	<input type="checkbox"/> suficientemente	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> nada

5. IMPRESSÃO GERAL				
5.1 A minha impressão geral sobre este <i>workshop</i> é...				
<input type="checkbox"/> completamente	<input type="checkbox"/> em grande parte	<input type="checkbox"/> suficientemente	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> nada
5.2 Comentários adicionais:				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

6. ELEMENTOS PESSOAIS E ORGANIZACIONAIS			
6.1 Tipo de organização:			
<input type="checkbox"/> instituição governamental	<input type="checkbox"/> associação sem fins lucrativos	<input type="checkbox"/> empresa privada	<input type="checkbox"/> outro:
6.2 Área de trabalho (por favor assinale todas as respostas adequadas):			
<input type="checkbox"/> prestação de cuidados formais	<input type="checkbox"/> prestação de cuidados informais	<input type="checkbox"/> definição de políticas de alto nível	<input type="checkbox"/> protecção à vítima
<input type="checkbox"/> outra área:			
6.3 Âmbito (por favor assinale todas as respostas adequadas):			
<input type="checkbox"/> local	<input type="checkbox"/> regional	<input type="checkbox"/> nacional	<input type="checkbox"/> europeia

6.4 Função profissional (por favor assinale todas as respostas adequadas):		
<input type="checkbox"/> decisor/a	<input type="checkbox"/> técnico/a	<input type="checkbox"/> outra função:
6.5 Características pessoais:		
<input type="checkbox"/> mulher	<input type="checkbox"/> homem	<input type="checkbox"/> ano de nascimento:

O website do projecto europeu 'SEALLL – Self evaluation in adult lifelong learning' é uma fonte rica em ferramentas de avaliação: http://www.sealll.eu/eval_tools.php, estando disponível na biblioteca, em <http://www.sealll.eu/docs.php>, um manual com sugestões práticas em inglês, holandês, lituano, polaco, turco, sueco e alemão.