

Bom trato



Uma questão de dignidade
e de direito

EDIÇÃO:

Fundação "la Caixa", 2019

Autora: Maria Jesús Goikoetxea Iturregui

Revisão: Caplletra

Design gráfico: Tramatica SL

Bom trato

Uma questão de dignidade e de direito

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	4	B) APROXIMAÇÃO NA PERSPETIVA DOS DIREITOS	53
A) APROXIMAÇÃO CONCEITUAL NA PERSPETIVA ÉTICA	5	1. Respeitar os direitos humanos, também no caso dos seniores	57
Introdução	6	2. Direito à liberdade e à autonomia pessoal	61
1. Tenho dignidade e mereço que me tratem bem	8	3. Direito à integridade física e psíquica	68
2. Respeitar e apoiar a autonomia pessoal	19	4. Direito à intimidade e à privacidade nas relações pessoais	72
3. Algumas recomendações para o bom trato	26	5. Direito à cidadania, à participação e à construção do meu círculo social	82
4. O que não vou tolerar: não ao tratamento inadequado	33	BIBLIOGRAFIA	86
5. O mau trato a seniores	37		

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento progressivo da população está a originar mudanças de grande magnitude que obrigam a reconsiderar as ações destinadas aos seniores em diferentes domínios da assistência social a este grupo.

Nos últimos anos, diferentes agentes sociais têm dado ênfase à promoção da dignidade e da autonomia dos seniores como pilares fundamentais do desenvolvimento de iniciativas e programas destinados às pessoas com mais de 65 anos em geral, tanto no domínio social como institucional.

O programa Seniores da Fundação "la Caixa", com mais de cem anos de história, tem como objetivo estratégico abordar os novos desafios que surgem na velhice, a fim de gerar reflexão e intervenções que resultem numa melhoria da qualidade de vida deste grupo, apoiando especialmente as pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

Nos anos 2015-2016, o Programa levou a cabo um processo de reflexão com mais de 60 agentes sociais, dos domínios público e privado, que deu origem à carta *Primero, las personas: Cuidar como nos gustaría ser cuidados*. Neste texto, os princípios da dignidade, autonomia, corresponsabilidade e transversalidade foram formulados como valores essenciais que devem reger as relações de cuidado. Além disso, constatava-se a necessidade de promover o bom trato e criar uma cultura de cuidados fora do domínio privado.

Esperamos que esta aproximação conceitual ao bom trato, da perspetiva ética e dos direitos, contribua para a sensibilização da sociedade em geral, e dos seniores em particular, tornando cada vez mais claro que o bom trato a este grupo é uma questão que diz respeito a todos.

Bom trato

APROXIMAÇÃO CONCEITUAL NA PERSPETIVA ÉTICA

1
Tenho dignidade
e mereço
que me tratem
bem



2
Respeitar e
apoiar a
autonomia
pessoal



3
Algumas
recomendações
para o bom trato



4
O que não vou
tolerar: não ao
tratamento
inadequado



5
O mau trato a
seniores

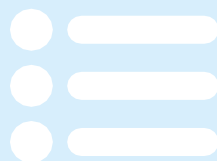


INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é contribuir para a promoção do bom trato aos seniores e, conseqüentemente, para a eliminação do mau trato a este grupo. Foi adotada uma abordagem interdisciplinar, com a perspectiva ética como eixo articulador, integrando diversas contribuições dos domínios jurídico, sociológico e psicológico.

No reconhecimento da igual dignidade, e na exigência de respeito absoluto por essa dignidade, fundamentamos as nossas obrigações para com todos os seres humanos, nomeadamente a de tratar bem os seniores, com consideração e respeito. Não obstante, os estudos revelam que existe uma percepção negativa deste grupo populacional, o que leva a uma menor valorização e consideração social.

Esta falta de reconhecimento da sua dignidade intrínseca manifesta-se em atitudes idadistas e, por vezes, em ações claramente discriminatórias, tanto na esfera privada, como no reconhecimento dos seus direitos e do seu estatuto de cidadãos. A desvalorização, especialmente dos seniores em situação de dependência, e a discriminação em função da idade são as principais causas das elevadas taxas de mau trato a este grupo, conforme refletido no *Relatório Mundial Sobre Envelhecimento e Saúde* da Organização Mundial da Saúde: «A prevalência dos maus-tratos aos seniores em países de rendimento alto e médio situa-se entre 2,2 e 14%». E acrescenta: «É importante ter em conta que estes números não incluem os seniores com declínio cognitivo, nem os que vivem em lares de terceira idade ou centros de assistência a longo prazo. Não obstante, é possível que estes grupos estejam particularmente expostos ao risco de maus-tratos» (OMS, 2015).



Acreditamos que o conhecimento dos princípios e valores éticos que materializam o respeito pela dignidade humana e o reconhecimento dos seus direitos é um meio extraordinário para promover o bom trato aos seniores, contribuindo, assim, para a visibilidade de relações injustas e de maus-tratos, lamentavelmente justificados em certas ocasiões.

Este trabalho destina-se principalmente aos próprios seniores, com um **duplo objetivo**:

- » Na **perspetiva ética**, complementada pela perspetiva psicológica, visa ajudar os seniores a sentirem que têm valor, promovendo a sua autoestima, impulsionando a sua autonomia, facultando-lhes recursos para estabelecerem relações de reciprocidade em que sejam bem tratados, e identificando situações de risco ou indicadores que possam representar maus-tratos.
- » Na **vertente jurídica**, visa proporcionar aos seniores o conhecimento dos seus direitos, principalmente dos direitos que são mais violados quando não se proporciona bom trato, tanto na esfera privada (integridade física e psíquica, liberdade, privacidade e intimidade), como na esfera pública do exercício da cidadania. O relatório elaborado em 2016 por Rosa Kornfeld-Matte, especialista independente para a proteção dos direitos humanos dos seniores da Organização das Nações Unidas, reconhece «lacunas na aplicação da legislação vigente em matéria de promoção e proteção dos direitos das pessoas mais velhas», bem como «pouca ou nenhuma informação sobre algumas questões essenciais, como a capacidade jurídica, a qualidade do apoio, os cuidados a longo prazo, os cuidados paliativos, a assistência às vítimas de violência e maus-tratos, os recursos disponíveis, a independência e a autonomia, ou o direito a um nível de vida adequado, especialmente no que respeita à habitação».

Esperamos que este documento também seja útil para os profissionais e entidades comprometidos com o bem-estar e o tratamento adequado dos seniores. Valorizamos também o esforço e o empenho contínuos na inovação, na excelência e na qualidade dos programas destinados aos seniores da Fundação "la Caixa", ou seja, a sua vocação de fazer as coisas bem e para o bem das pessoas.



Tenho dignidade e mereço que me tratem bem

A dignidade é a categoria ética fundamental quando falamos das obrigações que temos para com as pessoas, no nosso caso, para com os seniores. A dignidade não diz respeito às capacidades «extraordinárias» dos seres humanos, mas à sua estrutura de carência-potencial que possibilita relações biológicas, psicológicas e sociais, capacitando-os para a autonomia e a responsabilidade.

Começemos por relembrar a definição de dignidade, tal como expressa por Immanuel Kant: é digno aquele que possui um **valor incondicional** que o torna um fim em si mesmo. Isto significa que quem tem dignidade pode exigir ser tratado sempre simultaneamente como um fim (valor absoluto) e nunca como um mero meio (valor apenas instrumental).

O reconhecimento da dignidade é a pedra angular para exigir o respeito absoluto pelo ser humano e para abordar as obrigações de lhe proporcionar bom trato, tanto nas relações privadas, como na sua consideração como cidadão no domínio público, assegurando um modelo social que garanta a sua participação em condições de justiça e igualdade. Quem tem dignidade exige ser bem tratado, com **consideração e respeito**, com a mesma consideração e respeito que as outras pessoas. Se se reconhece que todas as pessoas são dignas *per se*, depreende-se então que a comunidade, as instituições e o Estado devem zelar pela sua proteção e promoção. É desta exigência de bom trato que decorrem todos os direitos das pessoas: «Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência [...]» (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, art.º 1.º), devendo haver o reconhecimento da «dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis» (*op. cit.*, preâmbulo).

O reconhecimento da igual dignidade de todos os seres humanos exigiu e continua a exigir os desenvolvimentos legais necessários para assegurar a sua proteção nas circunstâncias em que possa estar em risco. Este facto é reconhecido na própria Constituição espanhola e em várias leis espanholas, como as referentes à assistência médica (Lei geral da saúde 14/1986, de 25 de abril de 1986, e Lei básica 41/2002, de 14 de novembro de 2002, que regula a autonomia do doente e os direitos e obrigações em matéria de informação e documentação clínica) e aos serviços sociais (Lei 39/2006, de 14 de dezembro de 2006, relativa à promoção da autonomia individual e à assistência às pessoas dependentes).

«Aquilo que constitui a condição para que algo seja um fim em si mesmo não tem um valor meramente relativo ou preço, mas sim um valor intrínseco, isto é, dignidade.»

KANT, 1942

Tendo em conta a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a vigência dos quadros jurídicos atuais, poderia parecer inútil a necessidade de recordar e exigir o reconhecimento da igual dignidade de todas as pessoas. No entanto, nada poderia estar mais longe da verdade. Atualmente, existem bioeticistas de renome que defendem que nem todos os indivíduos vivos da espécie *Homo sapiens* são pessoas ou, pelo menos, nem todos o são no sentido estrito. Para estes especialistas, não existe convergência entre o termo «pessoa» e o termo «ser humano», o que pode, sem dúvida, ter consequências muito importantes no bom trato às pessoas mais vulneráveis. Entre estes especialistas, destacam-se dois autores pela sua grande influência no debate bioético: Peter Singer e Hugo Tristram Engelhardt.

» Singer propõe usar «pessoa» no sentido de «ser racional e autoconsciente». A pessoa não é definida em relação à sensibilidade, à relação ou à liberdade, mas em relação à sua «perceção», à sua consciência. Singer não propõe a eliminação dos direitos dos seres humanos não racionais, mas equipara-os aos de alguns animais. Para Singer, a ética exige a redução do sofrimento alheio e, como tal, todos os seres capazes de sofrer (humanos ou não) devem ser protegidos e cuidados:

«Todos os seres capazes de sentir prazer ou dor têm o mesmo direito à vida» (Singer, 1995, p. 101). Isto põe fim à igualdade dos seres humanos com deficiência mental em relação a outros seres humanos, equiparando-os a seres não humanos sensíveis ao prazer e à dor.

» Engelhardt não nega que todos os seres humanos sejam pessoas, mas defende que alguns o são no sentido estrito (vida humana pessoal), e outros num sentido diferente (vida humana biológica não pessoal). A pessoa, no sentido estrito, caracteriza-se por três atributos: autorreflexão, racionalidade e sentido moral.



Apenas as pessoas são sujeitos de direitos, enquanto as pessoas «não humanas» têm um valor ontológico, axiológico e jurídico menor, que será determinado pelo valor que possam representar para outras pessoas (os seus pais, os seus familiares, etc.). Para Engelhardt, os fetos, os deficientes mentais graves, os doentes em estado vegetativo persistente e os seniores com demência avançada são exemplos de pessoas «não humanas», cujo valor não é intrínseco, mas depende da estima dos responsáveis legais pelos mesmos.

Os autores anteriores e outros começam a questionar a igual dignidade dos seniores com níveis graves de dependência e declínio. Formas de tratamento e relacionamento que violam a dignidade existem desde sempre, continuando a ser aplicadas a pessoas em situações de grande fragilidade. Estas formas de consideração e relacionamento atentam contra a dignidade pessoal, pelo que as classificamos como tratamento indigno ou maus-tratos. Ocorrem nas seguintes situações (Etxeberria, 2005):

- » Quando se trata a pessoa como **mero meio que serve para algo**. Diz-se então que a pessoa não tem valor em si mesma, mas um preço, e toleram-se os maus-tratos para alcançar determinados interesses pessoais, económicos, lucrativos, etc.
- » Quando o sénior é considerado um **não valor**, por falta de capacidades e/ou recursos, e, conseqüentemente, sofre desprezo, indiferença ou, até mesmo, exclusão ou marginalização (não é tido em conta, é afastado se nos atrapalha ou incomoda, é isolado ou marginalizado para não ser visto, etc.). Esta situação dependerá não só das condições de carência ou de capacidade da pessoa (que exija mais ou menos cuidados), mas também da situação subjetiva do cuidador ou cuidadora (maior ou menor controlo emocional) e, especialmente, do compromisso ético e do vínculo pessoal que exista entre ambos.
- » Por último, atenta-se contra a dignidade quando se considera a pessoa como um **desvalor perigoso**, porque implica um fardo para outros ou para o sistema, pelos seus comportamentos inadequados, por gerar despesa, incómodo ou insatisfação na sua família, ou sobrecarga para os seus cuidadores. Nestes casos, pode ponderar-se a sua eliminação e discriminação (modelo eugénico) no que se refere aos recursos sociais, por se considerar que são «desproporcionados» para a qualidade de vida que será obtida.

Os maus-tratos são um tratamento indigno dado a outra pessoa. Sentimo-nos sujeitos de dignidade quando somos considerados valiosos, respeitados e capacitados como tal, e quando contamos com condições contextuais justas que impedem que sejamos discriminados ou prejudicados.

A igual dignidade determina o conteúdo formal **do que se deve fazer**, tratar bem, mas não determina **como fazê-lo**, ou seja, o conteúdo material do bom trato.

O bom trato às pessoas, uma exigência decorrente do reconhecimento da dignidade absoluta, tem três níveis de desenvolvimento material do ponto de vista ético:

- » Um **primeiro nível universal**, ou seja, comum a todas as pessoas. Este nível, por sua vez, inclui três exigências distintas:
 - O proibido, que abrange os comportamentos que não se devem ter para tratar bem as pessoas.
 - Os recursos exigíveis por lei, para que o sénior possa viver com dignidade.
 - O respeito pela liberdade e pela autonomia.

«Ao ser humano individual, a cada um de nós, cabe a tarefa de ficar velho, de envelhecer, oferecendo qualidade a si mesmo. A vida humana, toda a vida humana, é e deve ser uma realização, e isso deve ocorrer em todas as idades.»

JOSÉ LUIS L. ARANGUREN, em *La vejez como autorrealización personal y social*

- » Um **segundo nível particular**, que dependerá das diferentes circunstâncias, necessidades, valores, identidades e projetos de vida das pessoas. Este nível inclui obrigações que a pessoa tem para consigo própria ou situações que geram satisfação e o sentimento de que a sua vida «tem sentido», «vale a pena». Estas obrigações particulares estão geralmente estruturadas num código moral que exige ser respeitado numa relação de bom trato, para que cada pessoa possa viver de acordo com os seus valores e crenças.
- » Um **terceiro nível relacional**, no qual as pessoas sentem que têm valor para as pessoas com as quais se relacionam. Este terceiro nível é particularmente necessário para nos sentirmos bem tratados, pois implica a concretização da dignidade para as outras pessoas ao considerarmo-nos dignos de estima. Para este terceiro nível, é necessário desenvolver competências e capacidades éticas, denominadas na ética clássica «virtudes para o bom trato». O nível relacional é sempre um nível de reciprocidade, de dar e receber. Ninguém se sente respeitado na sua dignidade se se limitar a dar, porque, mais cedo ou mais tarde, sentirá a instrumentalização de quem recebe e, conseqüentemente, a falta de respeito pela sua dignidade intrínseca. Mas também ninguém é plenamente reconhecido como tendo valor se apenas puder receber passivamente, porque, de certa forma, esta recetividade absoluta implica uma falta de consideração pelas suas capacidades e possíveis contribuições para melhorar a relação. Uma relação deve reconhecer a dignidade de todos os que nela estão envolvidos, de modo que se estabeleça uma simetria moral, uma simetria de dignidade, o que significa que todos aqueles que estão envolvidos nela dão e recebem. É por este motivo que autores como Alasdair MacIntyre falam de virtudes de dar e virtudes de receber. Nas situações de prestação de cuidados, aparentemente assimétricas em relação à sua moralidade (apenas o cuidador parece ser responsável pelo bom trato), existe um dar e um receber. Quem cuida proporciona apoios e cuidados, e quem recebe oferece a possibilidade de autorrealização pessoal



de quem cuida. Assim, as virtudes do dar incluem a bondade, a hospitalidade, a compaixão, etc. As virtudes do receber permitem que o emissor sinta que também é bem tratado e que não é instrumentalizado ou utilizado como um «mero meio». Algumas virtudes do receber são a gratidão, a paciência, a compreensão, etc.

«A misericórdia é ativada perante uma situação de dor (humilhação ou sofrimento) urgente ou extrema, sem tentar encontrar razões pelas quais essa pessoa deve ser apoiada ou aliviada na sua dor. Não se atém a protocolos ou legislação e considera imoral ter de encontrar razões para agir nessas situações.»

MACINTYRE, 2001, P. 146

1.1. MÍNIMOS UNIVERSAIS EXIGÍVEIS PARA O BOM TRATO ÀS PESSOAS

A teoria dos princípios da bioética é, no domínio das ciências da saúde, o código deontológico que visa estabelecer princípios materiais que, embora não de forma absoluta (pode haver exceções), se considera que, por princípio, devem ser exigidos na assistência a todas as pessoas, incluindo aos seniores, de acordo com a sua igual dignidade.

1.1.1. Não maleficência e justiça (não prejudicar e não discriminar)

Se se reconhece que todas as pessoas são dignas *per se*, depreende-se então que a comunidade, as instituições e o Estado devem zelar pela sua proteção e promoção, disponibilizando cuidados e recursos especializados, estruturas, sistemas e ambientes inclusivos, além de apoios físicos, regulamentares e de qualquer natureza que permitam a igualdade de acesso aos benefícios sociais.

No domínio da bioética, esta conclusão é desenvolvida com base nos princípios da não maleficência e da justiça. O princípio da não maleficência é formulado como a obrigação de não lesar a integridade de um ser humano. Por outras palavras, o primeiro requisito para o bom trato é não causar danos à integridade de um sénior, ou seja, não o tratar mal, ainda que sem intenção.

Na história da ética médica, *Primum non nocere* tem sido o princípio moral da profissão. Este princípio continua a ser a norma moral fundamental para os profissionais obrigados a intervir para desenvolver a autonomia das pessoas em situação de dependência e/ou para as proteger.

Exige que os profissionais e os cuidadores formais e informais tenham as aptidões, atitudes e conhecimentos necessários para garantir que, na sua relação com as pessoas, a integridade e dignidade das mesmas não sejam lesadas. Para tal, será necessário desenvolver e monitorizar boas práticas personalizadas que, com evidências científicas suficientes no caso dos profissionais, melhorem a qualidade de vida das pessoas. O bom trato às pessoas requer o desenvolvimento da investigação e da formação, especialmente nas áreas em que existem situações especiais de declínio e dependência, como as doenças neurológicas degenerativas e os processos de fim de vida.

«Se não puder fazer o bem, pelo menos não faça o mal.»

HIPÓCRATES

Mas a obrigação de não fazer o mal também é exigível nas relações informais (familiares, de amizade, etc.), mal esse que pode ser não só físico ou psíquico, mas também económico ou sexual. Situações de sobre-exploração dos avós, impedindo-os de descansar, a dependência económica excessiva que gera precariedade, relações sexuais não consentidas, isolamentos e limitações da vida social injustificados são alguns exemplos de maus-tratos aos seniores, infelizmente nem sempre reconhecidos como tal pelos próprios.

Em termos de justiça, o respeito pela dignidade implica que os seniores não sejam discriminados quanto à possibilidade de alcançar uma vida realizada com base em fatores como a idade, a doença, o nível de autonomia, etc. Na sua versão distributiva, a justiça é fortemente mediada pelas instituições e envolve relações orientadas pelo critério da distribuição equitativa de bens e recursos com os quais as necessidades são satisfeitas e as capacidades são reforçadas. Há situações que, por si só, constituem um atentado contra a justiça distributiva e, portanto, contra a dignidade, como os critérios de exclusão de certas prestações sociais com base na idade, na deficiência, no incómodo para terceiros, etc. Podemos mesmo falar de situações de maus-tratos provocadas pela ausência de recursos para atender às necessidades básicas, no caso de pessoas dependentes que vivem sozinhas ou que carecem de relações próximas que possam assumir o seu cuidado e assistência. O Estado, através do sistema de serviços sociais, deve assegurar a assistência aos seniores, incluindo aqueles que se encontram em situação de dependência ou doença crónica. Estes princípios de não maleficência e de justiça exigem dos responsáveis, em cada caso:



- » Formação para os cuidadores e profissionais, a fim de evitar situações de risco.
- » Validação dos procedimentos utilizados na assistência aos seniores, especialmente quando sejam suscetíveis de gerar uma limitação de direitos (restrições, rendimentos involuntários, etc.).
- » Iniciativas para melhorar a assistência aos seniores em diferentes áreas, como guias de boas práticas, formação em ética, sistemas de qualidade e controlo que incluam indicadores de qualidade de vida objetiva e subjetiva, etc.
- » Implementação de medidas para evitar a discriminação dos seniores nos serviços públicos, como cuidados de saúde, acesso a transportes, participação em atividades de lazer, etc.
- » Em relação aos maus-tratos: instrumentos de prevenção, medidas de reparação para vítimas de maus-tratos, eventualmente castigo para os culpados, etc.

1.1.2. Autonomia e beneficência (respeitar e proteger)

Quando pensamos em tratar bem as pessoas, em conformidade com a sua dignidade, não nos contentamos em não fazer mal e evitar discriminações ou situações de exclusão. Pretendemos que as pessoas possam viver de acordo com a sua própria forma de ser e possam continuar o seu desenvolvimento biográfico e histórico, alcançando uma vida realizada. Para tal, é necessário, em primeiro lugar, conhecer, reconhecer e respeitar a forma de ser de cada pessoa e, em segundo lugar, proporcionar apoios, ambientes e relações que permitam alcançar os seus objetivos.

Para o conseguir, é necessário empoderar os seniores, tornando-os protagonistas e responsáveis pelas suas decisões, comportamentos, bem-estar e, em última análise, pela sua «qualidade de vida». Neste quadro privado e intersubjetivo, e partindo do princípio de que os dois princípios anteriores também aqui são incluídos, surgem outras duas obrigações éticas: o respeito e desenvolvimento da autonomia, e a exigência de beneficência.

Convém realçar que as relações de assistência, de cuidados de saúde ou de serviços sociais ocorrem neste quadro. São relações que visam influenciar, transformar e modificar a vida privada das pessoas com o objetivo de ultrapassar as dificuldades que as impedem de assumir o controlo da sua vida, promover a sua saúde e melhorar os seus níveis de interação social.

O princípio da autonomia exige o respeito pela autodeterminação dos seniores com quem estabelecemos uma relação (familiar, profissional, de amizade, ocasional...). Formula-se como a obrigação de cada indivíduo de respeitar os seus próprios princípios e valores e de desenvolver o projeto de vida que elaborou com base nos mesmos. Este princípio obriga cada um a agir de acordo com a sua consciência moral, assumindo a responsabilidade pelos seus atos. As pessoas, em virtude da sua dignidade, são capazes de

definir os seus próprios objetivos e, além disso, têm a obrigação de os perseguir. O respeito pela autonomia desenvolve-se em vários sentidos. Abordaremos alguns deles na secção seguinte.

O princípio da beneficência é, sem dúvida, como o próprio nome indica, o princípio mais envolvido em alcançar o bem, o resultado satisfatório do bom trato. Pode formular-se como a obrigação de procurar o bem da pessoa com quem nos comprometemos de forma responsável, respeitando os seus próprios valores e o seu projeto de vida.

Este princípio exige a proteção dos direitos dos seniores quando deixam de ser autónomos, para que a sua dignidade e os seus direitos não sejam lesados. No âmbito jurídico, aplica-se a qualquer cidadão sempre que o sénior não possa gerir por si mesmo os seus direitos, e está previsto no crime de omissão do dever de assistência. Em particular, afeta familiares e tutores quando a incapacidade de autodeterminação da pessoa é permanente, existindo as figuras jurídicas da falta de proteção, do desamparo ou da defesa negada quando tais obrigações não são cumpridas.

1.2. OBRIGAÇÕES ÉTICAS PARTICULARES PARA O BOM TRATO

Neste segundo nível, o bom trato consiste em fornecer aos seniores a ajuda, o apoio ou os recursos necessários para que possam concretizar o seu projeto de vida pessoal, uma vida «bem-sucedida» e «satisfatória». Esta obrigação não é juridicamente vinculativa, pois vai além dos mínimos estabelecidos nos direitos. Neste nível, a obrigação do bom trato torna-se uma obrigação de máximos, uma exigência de bom trato «ideal», de procurar o maior benefício possível para o sénior.

Não devemos esquecer que, neste nível, a referência primordial é a identidade da pessoa sénior, aquilo que para ela representa o bom trato, evitando paternalismos ou infantilizações, que implicam sempre uma diminuição da dignidade e da consideração. Para tal, é necessário ter em conta:

- » Que o bem feito de acordo com critérios objetivos de melhoria da qualidade de vida seja valorizado também como bem pela própria pessoa destinatária da ação ou intervenção, e que a ajude a concretizar a sua biografia ou projeto de vida em conformidade com a sua maneira de ser.
- » Que, caso se verifique falta de autonomia, a ação benéfica do bom trato deve ser orientada no sentido de a empoderar tanto quanto possível, substituindo-a apenas quando tal não seja possível.
- » Que, caso seja necessário substituir as decisões da pessoa, as opções escolhidas tenham em conta os seus valores.



Distinguímos, neste nível, as decisões de substituição, nas quais se substitui a pessoa nas suas decisões quando não é necessário, ou, sendo necessário, sem ter em conta os seus valores e a sua identidade, das decisões de representação, nas quais se representa a pessoa sénior, dizendo ou fazendo o que ela teria feito se tivesse podido ou tivesse sido capaz.

1.3. SENTIR-SE BEM TRATADO NAS RELAÇÕES PESSOAIS

Os princípios anteriores e o respetivo desenvolvimento orientam o que deve ser feito; são o quadro normativo de carácter imperativo que guia as decisões sobre o que é e o que não é bom trato às pessoas. Não obstante, o seu cumprimento não é suficiente para avançar no bom trato aos seniores do ponto de vista ético, que não é mais do que promover as condições que permitam que qualquer pessoa possa alcançar uma vida que valha a pena viver, uma vida «realizada», «bem-sucedida», nas palavras de Paul Ricoeur. Este conceito inclui os imperativos de justiça, mas vai mais longe, visando a felicidade.

Nesta perspetiva, a ética desenvolve-se na vida quotidiana de pessoas com identidades e biografias concretas, que são reconhecidas diferenciadamente, em ambientes culturais específicos e com relações de consideração e estima que geram bem-estar e capacitam para a interação positiva. Embora a imparcialidade seja a atitude correta para a ética universal, o reconhecimento «empático» transforma a preferência em necessidade naqueles que pretendem bom trato personalizado, que crie verdadeiramente qualidade de vida, eliminando o sofrimento de cada pessoa e procurando a sua satisfação pessoal. Como afirma Singer, «uma vida com significado não pode ser guiada por princípios morais imparciais» (1995, p. 453).

A responsabilidade para com as pessoas concretas implica não só tomar decisões certas, mas também desenvolver maneiras de ser que se manifestem em comportamentos e formas de relacionamento habituais, que envolvam simultaneamente olhares cordiais, afetos e convicções, e que, além de «preencherem» quem os pratica, criem um tratamento, o melhor possível, o ideal, com aqueles com quem se relacionam. Estas disposições não surgem espontaneamente, exigindo a decisão de as adotar e o respetivo cultivo, para que, uma vez interiorizadas, desenvolvam capacidades e se convertam em hábitos que geram bom trato nas relações entre as pessoas.

Estas disposições, a que chamamos «virtudes», são a concretização do bem da felicidade, embora também possam ser entendidas como uma forma de a alcançar (Camps, 1990; Etxeberria, 2005; Torralba, 2000), e requerem uma capacitação emocional ou sentimental que permita o desenvolvimento virtuoso e a concretização da justiça (Camps, 2011; Cortina, 2007).

Podemos agrupar as virtudes necessárias para o bom trato com base no

benefício que proporcionam e propor, seguindo livremente diferentes autores (Torralba, 2002; Etxeberria, 2003 e 2012; Amor Pan, 2010; MacIntyre, 2001), as seguintes:

- » Para uma boa prática do cuidar: a confiança, a empatia, a prudência e a força.
- » Para um bom acolhimento da pessoa cuidada: a hospitalidade, a humildade, a simpatia e a confiança.
- » Para o reconhecimento de quem cuida como pessoa com valor: o agradecimento, a paciência e a mansidão.
- » Para permitir que a pessoa sénior avance rumo à sua autonomia moral: a capacidade de diálogo, a veracidade, a confiança e a esperança.
- » Para sustentar a relação no cansaço provocado pela continuidade prolongada: a paciência, a perseverança e a lealdade.
- » Para enfrentar as situações de conflito e as reações difíceis geradas pelo sofrimento: a compaixão, a paciência e a mansidão.

1.4. CAMINHOS PARA O RECONHECIMENTO DA DIGNIDADE

Paul Ricoeur, na sua obra *Caminos del reconocimiento* (2005), escrita já na sua maturidade, propõe **quatro caminhos para o reconhecimento** de cada ser humano como valioso no seu meio; isto é, para conseguir que todas as pessoas se sintam reconhecidas como valiosas na sua dignidade:

- » O primeiro caminho começa pela **identificação pessoal e do outro como pessoas únicas e diferentes**, o perceber que somos alguém único, diferente, individual, com características próprias, e o outro também. O desconhecimento da pessoa e as generalizações no tratamento causam, através da despersonalização, danos à dignidade pessoal.
- » O segundo caminho é o das **capacidades**, que se reconhecem tanto individual como socialmente. Sublinha a importância de duas capacidades para o reconhecimento da dignidade das pessoas: a memória e a promessa. Na nossa opinião, ambas são muito significativas para o reconhecimento dos seniores: recordar o que foram, o que recebemos delas, e também cumprir as promessas que fizemos a pessoas concretas e que, por princípio, devemos tentar manter.
- » O terceiro caminho é a luta e a **reivindicação justa** quando se nega a dignidade e os direitos de um grupo que se sente discriminado ou excluído socialmente. O caminho da luta pelo reconhecimento visa ver reconhecidas as capacidades do indivíduo e, através delas, a sua identidade autêntica, favorecendo a sua inclusão social e evitando a sua marginalização, passando da voz ativa (reivindicação) à voz passiva (integração) do reconhecimento.
- » Ricoeur confessa que sente mal-estar por ter de alcançar o reconhecimento através da luta: «Quando é que uma pessoa se considera verdadeiramente reconhecida?» (Ricoeur, 2005, p. 224). Neste mal-estar, Ricoeur considera a possibilidade de ir mais além do conflito e da luta, e de vislumbrar um estado de paz, que, no intercâmbio de dons e na **gratidão**, estabeleça uma forma



plena de reconhecimento mútuo, que constituiria o quarto caminho.

«Se quisermos um mundo de paz e justiça, devemos colocar decididamente a inteligência ao serviço do amor.»

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

O autor mais conhecido no que se refere às teorias do reconhecimento da dignidade das pessoas é Axel Honneth. Este filósofo propõe a existência de três esferas do reconhecimento da dignidade das pessoas: a **realização pessoal**, que os demais reconhecem como valiosa; a **igualdade perante a lei**, que evidencia a igual dignidade socialmente; e o **amor**. Na esfera do amor, o reconhecimento ocorre no contexto das relações afetivas mais próximas, com familiares e amigos, onde a pessoa ganha autoconfiança ao sentir-se amada e apreciada, independentemente das suas limitações e fragilidades, e onde o utilitarismo é superado pela simetria moral com base no afeto.

Tentando aplicar as propostas de Ricoeur e Honneth ao bom trato às pessoas seniores, entendido como um reconhecimento da dignidade de cada uma delas, poderíamos resumi-las em quatro características:

- » Reconhecer a **identidade** pessoal e única de cada pessoa.
- » Reconhecer as suas **capacidades** e as suas conquistas, e recordar as suas contribuições.
- » Reconhecer os seus **direitos** como cidadã e fomentar a sua inclusão social em igualdade.
- » Reconhecer o valor que a relação com ela representa e expressá-la com **gratidão e amor**.

Podemos concluir que, para um bom trato, é necessário combinar princípios universais razoáveis e racionais que podem ser exigidos, e relações de compromisso empático que nascem da estima emocional. As duas dimensões não são mutuamente exclusivas, pois, como afirma Adela Cortina:

«Opor a lógica do coração à da razão é um hábito tão antigo quanto infeliz, porque a razão é uma faculdade preparada para interpretar projetos do coração, para ampliá-los em propostas elaboradas teoricamente, mas esses projetos racionais só adquirem força motivadora e revelam regiões de injustiça se não perderem o seu enraizamento no coração»

CORTINA, 2007, P. 193



Respeitar e apoiar a autonomia pessoal

A experiência do processo de envelhecimento pode ser muito diferente de pessoa para pessoa, e nesta fase da vida cada pessoa atribui um significado diferente ao conceito de bom trato.

O reconhecimento da igual dignidade não implica que os seniores sejam iguais. Como já referimos, o conteúdo material do bom trato (o modo de tratar bem) tem uma **parte universal** (comum a qualquer pessoa e que corresponde aos seus direitos) e uma **parte particular** (que é determinada por cada pessoa de acordo com a sua identidade, os seus valores e a sua maneira de ser). No que se refere ao conteúdo universal do bom trato, e como tal eticamente exigível a qualquer pessoa, resume-se nas três obrigações desenvolvidas na secção anterior:

- » Tratar a pessoa sénior de forma que a sua integridade física e psíquica não sofra danos.
- » Tratar a pessoa sénior de forma que não seja discriminada pela sua idade (idadismo) em relação às prestações, serviços e apoios a que tem direito como cidadã.
- » Respeitar os valores, crenças e decisões das pessoas.

Quando uma (ou mais) destas três exigências não é cumprida, falamos de maus-tratos. Consequentemente, os maus-tratos definem-se como uma forma de relacionamento (que pode expressar-se através de uma ação, uma omissão ou falta de resposta) que causa danos ou discriminação a uma pessoa.

O conteúdo particular do bom trato é diverso, pois refere-se à maneira de ser de cada pessoa e, como tal, é a pessoa quem pode determinar o que é bom para a sua vida. Este conteúdo particular remete para a **autonomia pessoal** e, consequentemente, para o projeto de autorrealização de cada pessoa.

A heterogeneidade do grupo das denominadas «pessoas seniores», as diferenças legislativas nos diferentes países em relação à idade em que se podem receber prestações específicas para seniores (pensões, descontos



em prestações básicas, apoios especiais para a vida quotidiana, etc.) e as diferentes situações de saúde em que se podem encontrar os membros deste grupo (Agulló, 2001) dificultam a determinação de critérios e normas em relação aos valores das pessoas seniores. Alguns comportamentos que podem ser considerados como tratamento inadequado no meio urbano (entrar numa casa privada e levar alimentos ou objetos sem autorização) podem ser considerados comuns e um sinal de cooperação e solidariedade em meios rurais, por exemplo. As diferenças entre as pessoas com mais de 65 anos (ou 60) são muito maiores e mais variadas do que as existentes entre os membros de outros grupos de pessoas que se encontram noutras fases da vida (Vega e Bueno, 2000). O Imsero (2012) manifesta-se no mesmo sentido no relatório publicado no *Portal de Mayores*, reconhecendo que este é o grupo populacional com maior variabilidade em termos de diferenças biológicas, características psicológicas e, também, valores e códigos morais privados.

O bom trato exige o respeito pela autodeterminação das pessoas com quem estabelecemos uma relação (familiar, profissional, de amizade, ocasional...). A autonomia, antes de ser um direito, é uma obrigação moral para cada pessoa, que nos torna responsáveis pelas nossas decisões e pelos nossos atos. Formula-se como a obrigação de cada indivíduo de respeitar os seus próprios princípios e valores e de desenvolver o projeto de vida que elaborou com base nos mesmos. As pessoas, em virtude da dignidade, são capazes de definir os seus próprios objetivos e, além disso, têm a obrigação de os perseguir e, se possível, de os atingir. Respeitar o próprio código moral, os próprios valores e crenças, é a primeira obrigação que sentimos quando desenvolvemos a nossa capacidade de liberdade e responsabilidade. Quando alguém ou alguma coisa nos impede de o fazer, sofreremos, pois desejamos poder conduzir a nossa vida com sentido e significado. O sentido ou significado de uma situação é o que distingue, por vezes, a experiência de ser bem ou mal tratado.

«O sofrimento, além da perceção física, implica o entendimento e a opinião. No processo da dor, produz-se uma sensação física nociva originada por um estímulo e transmitida pelo sistema nervoso. Esse sistema pode transformar e modificar a sensação percebida, intensificando-a ou diminuindo-a consoante a interpretação que se faça da sensação. Essa interpretação será diferente em cada história humana concreta. Apenas as pessoas, e não os corpos, sofrem, e cada sofrimento é individual e único.»

BAYÉS, 2001

O bom trato em relação à autonomia pessoal tem também um duplo desenvolvimento:

- » Um desenvolvimento passivo: respeitar as decisões, valores, crenças e formas de ser de cada pessoa.
- » Uma dimensão ativa: proporcionar apoios para que uma pessoa possa cumprir, em continuidade com a sua vida, as suas obrigações para consigo mesma e para com os outros, bem como os seus projetos.

Antes de prosseguirmos com a relação entre autonomia e bom trato, é necessário esclarecer que a **autonomia** humana nunca é autossuficiente, mas sempre **interdependente**. Fala-se com naturalidade de vidas independentes que passam a ser dependentes ou de pessoas autónomas que deixam de o ser, como seria o caso de algumas pessoas quando são mais velhas. Mas o dilema entre dependência e independência, ou capacidade e incapacidade, é existencialmente falso. Nunca ninguém é totalmente independente, e todos somos sempre pessoas dependentes, com os correspondentes laços relacionais que esta dependência gera, e que variam de diferentes formas nas biografias. Assim, o ideal não pode ser o da independência «autossuficiente», mas sim o de uma interdependência complexa e biograficamente personalizada e mutável, que sintetize da melhor forma possível, em cada momento, dependências e independências em solidariedade.

«O que caracteriza todos os seres humanos é a sua capacidade geral para fazer coisas e interiorizá-las com o apoio externo e social, e a sua incapacidade para se desenvolverem isolados como seres humanos. E esta incapacidade individual geral, esta necessidade de sermos ajudados e complementados para nos tornarmos autónomos e capazes, é precisamente o que caracteriza o facto humano.»

DEL RÍO, 1992, P. 138

A diminuição da autonomia que se verifica em alguns seniores nesta fase da vida faz parte do quadro global daquilo que somos, que implica, entre outras coisas, o seguinte:

- » A interdependência já não se define como a pura autossuficiência em relação ao outro, porque se está sempre «a dever» algo a alguém, mas sim como a **não dominação da liberdade pelo outro**. Nenhum sénior deve sofrê-la em nenhum momento, nem em graus intensos nem em graus ligeiros, que quando se prolongam no tempo se tornam significativos.
- » A pessoa tem direito não só ao respeito da sua liberdade de iniciativa, mas



também ao **apoio à sua iniciativa fragilizada**, para a ativar na medida do possível, bem como ao acolhimento e cuidado nos domínios em que deixa efetivamente de ser autónoma.

- » A interdependência tem como base uma **reciprocidade**, por vezes simétrica (dá-se o mesmo que se recebe) e outras vezes assimétrica (às vezes dá-se mais ou menos do que se recebe), mas sempre alheia ao cálculo utilitarista, uma vez que todas as relações humanas representam uma oportunidade de autorrealização pessoal. Faz parte da autoestima ética considerar-se capaz de dar, e não só de receber, bens que algumas vezes serão materiais ou objetivos (como o cuidado) e outras vezes serão imateriais e subjetivos (como a gratidão ou a confiança), consoante as circunstâncias e as possibilidades.

O respeito e o apoio à autonomia pessoal baseiam-se, naturalmente, no reconhecimento desta autonomia como valiosa, também nas relações de cuidado. A relação com a pessoa cuidada deverá ser sempre uma relação moralmente simétrica em termos de dignidade e de abertura para dar e receber, baseada na estima da pessoa cuidada como alguém capaz de trazer «valor» à relação. Esta disposição básica de estima, absolutamente necessária para o bom trato, é descrita como «empatia» por Torralba (2005) e como «amizade moral» por Etxeberria (2005). Em ambos os modos (empático e amigável), existe uma característica comum, a de que a experiência de cuidar é uma relação de dar e receber, na qual as duas pessoas (cuidador e pessoa em situação de dependência) são impactadas por esta relação, impacto esse que gera benefícios para o seu próprio processo de realização pessoal. Produz-se uma influência mútua no que se é com o outro, como afirma Laín Entralgo (1983): «A necessidade da presença do outro obriga-me a entender-me e a criar-me a mim mesmo; mais concisamente, faz-me ser» (p. 445); «Eu sou ao dar de mim [...] e a primeira coisa que posso e devo dar é sempre uma resposta pessoal» (p. 449).

A **amizade moral do cuidado** tem três características definidoras que devem estar presentes numa relação de bom trato: o reconhecimento da pessoa cuidada como **insubstituível**; a valorização da sua **integralidade**, que obriga a uma assistência global e não fragmentada; e a **estima positiva**, que elimina toda a humilhação e subjugação, fomentando a autoestima da pessoa cuidada.

2.1. VARIAÇÕES NA AUTONOMIA E NA ANCIANIDADE

A autonomia remete para diferentes realidades, o que permite fazer várias distinções, muito pertinentes para abordar o bom trato aos seniores.

Para começar, importa distinguir entre **autonomia moral (ou decisória)** e **autonomia factual (ou funcional)**. A primeira prende-se com a capacidade de tomar decisões com base numa argumentação moral pessoal, com a consequente assunção de responsabilidades. A segunda remete para a possibilidade de executar a decisão tomada. O bom trato nas relações exige:

- » Respeitar as decisões autónomas, sempre que não impliquem prejuízo à autonomia de outros nem injustiça.
- » Na medida em que a autonomia da pessoa se fragilize psíquica ou fisicamente, oferecer-lhe apoios que ajudem, tanto quanto possível, a reforçá-la, tanto para que possa decidir com liberdade e responsabilidade como para que possa concretizar o que decidiu.

Outra variação na autonomia, pertinente para este tema, manifesta-se na distinção entre **autonomia real**, ou a capacidade de decisão que a pessoa possui de facto, e a **autonomia potencial**, a que pode alcançar caso receba os apoios adequados a que tem direito. A referência principal para o bom trato em relação ao nível de autonomia de qualquer pessoa é a segunda, que revela uma injustiça se não coincidir basicamente com a primeira, pois significa que a pessoa não está a receber os apoios a que tem direito. Este extremo exige que os responsáveis pelos diferentes níveis de intervenção social acionem os apoios mencionados para que este potencial se concretize. Algumas das medidas destinadas a este fim estão expressamente nas mãos das autoridades públicas, e a sua escassez ou ausência revela um tratamento discriminatório e injusto em relação aos seniores.

O grau real de autonomia das pessoas é muito **contextual**. É claramente maior quando se vive em contextos – culturais, familiares e sociais, entre outros – conhecidos e interiorizados, que funcionam espontaneamente como apoios. Se a pessoa se reposiciona repentinamente fora deles, a sua autonomia real diminui, o novo contexto passa a ser um obstáculo em vez de um facilitador, e é necessário todo um processo para transformar o obstáculo num desafio, familiarizar-se com os novos ambientes e regressar aos níveis de autonomia anteriores, ou mesmo superiores.



Quando estas mudanças ocorrem em situações de fragilidade pessoal, física ou psíquica, a mudança de contexto implica um empobrecimento severo da autonomia real, do qual é muito difícil sair. Tal é algo a ter em conta nas mudanças de situação a que são submetidas as pessoas com maior dificuldade de adaptação (por exemplo, com demência ou deficiências intelectuais), e será necessário ajudá-las a prepararem-se e readaptarem-se a esses novos contextos se tais mudanças forem inevitáveis.

Assim, a autonomia como capacidade para tomar decisões e fazer escolhas de forma eficaz e responsável ocorre não só quando não existe coação externa, mas também quando estão disponíveis os recursos necessários, sob a forma de bens e serviços, e reunidas as circunstâncias pessoais e sociais que permitem tirar partido dos mesmos. Por vezes, e em determinados níveis, a obtenção destes recursos e o saber utilizá-los são responsabilidades pessoais. Contudo, nas suas formas básicas e gerais, remetem para a justiça distributiva e para o exercício dos direitos, como veremos mais adiante.

O respeito pela autonomia, condição indispensável para o bom trato, desdobra-se em vários compromissos. Seguem-se alguns exemplos:

- » Ter a autorização ou o consentimento das pessoas para aceder à sua vida privada. O direito à privacidade, à intimidade e à confidencialidade é uma consequência da obrigação de respeitar a autodeterminação das pessoas.
- » Qualquer ação ou intervenção na privacidade de uma pessoa deve evitar não só imposições, mas também enganos e manipulações, mesmo quando pensamos que são para o seu bem. O respeito pela autonomia leva à eliminação de qualquer obstáculo que impeça as pessoas de tomarem decisões voluntárias e livres.
- » O desenvolvimento de capacidades para a autonomia exige facultar informações compreensíveis e completas da situação que uma pessoa vive, bem como das alternativas que existem para essa situação, conhecendo os seus riscos e benefícios.
- » Eliminar barreiras físicas, ambientais ou culturais que impeçam as pessoas de executar as decisões que tomam ou de estabelecer relações sociais em condições de igualdade.
- » Oferecer apoios, intervenções e recursos para facilitar a compreensão, a escolha e a expressão das próprias decisões. Por vezes, será necessário colocar à disposição das pessoas recursos especiais, como, por exemplo, modos de comunicação alternativos, instrumentos para conhecer, explorar e recolher os seus valores e preferências para os ter em conta, etc.

■ 2.2. OS DIFERENTES DOMÍNIOS DA AUTONOMIA

A autonomia pessoal pode ser exercida em quatro domínios:

- » O domínio **privado da intimidade familiar, das relações profissionais e das amizades**, onde se tomam de forma especial, embora não única, as decisões que dizem respeito à vida relacional afetiva e à gestão da própria saúde.
- » O domínio **privado da vida civil**, com escolhas ou iniciativas que se prendem com as relações contratuais, normalmente através da instituição do mercado e das inter-relações que suporta, e também com as instituições ligadas ao sentido, seja religioso ou secular. Neste domínio, exercem-se os direitos à propriedade e às relações sociais.
- » O domínio **público na sua expressão social**, no qual a liberdade se envolve em compromissos com organizações que, pertencendo à sociedade civil, visam o bem público em alguma das suas vertentes (direitos das mulheres, desenvolvimento, direitos civis, paz ou ecologia, entre outros).
- » O domínio **público na sua expressão política estrita**, no qual as decisões se situam dentro das instituições formais do Estado, através da participação democrática.

A autonomia pessoal floresce verdadeiramente quando se expressa nestes quatro domínios. Neste contexto, o bom trato aos seniores pressupõe não os impedir de exercer a sua autonomia, tanto nos domínios privados como nos públicos, e facilitar-lhes o exercício dessa autonomia.

É importante não esquecer que a construção de um bom trato às pessoas implica também a sua inclusão social enquanto cidadãos, com oportunidades reais de exercerem como tais nas suas duas vertentes:

- » Por um lado, a vertente da cidadania recetiva, que dá direito a receber os bens e serviços necessários para satisfazer as necessidades e potenciar as capacidades. Em idades avançadas, são particularmente relevantes a garantia dos rendimentos básicos – geralmente sob a forma de pensões –, o abrigo ou habitação adaptada às necessidades, a assistência de qualidade na saúde e os serviços sociais apropriados para cada situação. Esta cidadania recetiva refere-se a direitos de «crédito» destinados a funcionar com o critério de «a cada um segundo as suas necessidades», e que não se extinguem enquanto houver vida.
- » Por outro lado, existe a vertente da cidadania ativa, a do direito de participação e de assunção das responsabilidades correspondentes, promovida pelo modelo de envelhecimento saudável da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002). É possível que a capacidade de participação de alguns seniores diminua com a idade, mas é fundamental assegurar-lhes a possibilidade de a exercerem na medida das suas «capacidades apoiadas», por exemplo, no seu direito ao voto, ao acesso à informação sociopolítica, à participação na organização dos lugares onde vivem (âmbito comunitário, residencial, etc.).

Algumas recomendações para o bom trato

3.1. IMPORTÂNCIA DA AUTOESTIMA PARA SE SENTIR UMA PESSOA COM VALOR

O aumento da esperança de vida está a provocar uma mudança no significado da idade. Viver mais pressupõe um aumento da diversificação e fragmentação das diferentes fases da vida e da velhice (Broussy, 2013; International Longevity Centre Brazil, 2015). Nos últimos anos, à tríade tradicional de infância, idade adulta e velhice acrescentaram-se diferentes fases, pelo menos a maturidade, a fragilidade e os cuidados, que fazem com que o ciclo da vida seja mais complexo e singular. Estas três subfases não são obrigatoriamente evolutivas nem afetam todos os indivíduos, e ocorrem sob a mesma égide das grandes diferenças de pessoa para pessoa que acompanham sempre a velhice.

Ao longo da história, a percepção social dos seniores tem vindo a mudar, paradoxalmente, num processo inverso, por exemplo, à das pessoas com deficiência. Enquanto estas últimas ganharam reconhecimento e valorização social, os seniores têm sido progressivamente desvalorizados. Nas sociedades rurais, fundamentalmente agrícolas, havia uma visão positiva das pessoas mais velhas, valorizando-se a sua sabedoria e capacidade de transmitir conhecimentos. No entanto, desde a Revolução Industrial, a sabedoria tradicional ficou para trás como valor predominante, impondo-se a importância das inovações tecnocientíficas e da produtividade. Os seniores não são considerados produtivos, nem capazes de se adaptarem às inovações. Como já não trabalham, são um fardo social e têm de ser suportados por quem trabalha. Esta ideia prevalece ainda hoje, sendo considerados um fardo social por gerarem despesas públicas elevadas com o seu consumo de recursos socio-sanitários e de pensões (Alberich, 2008). Esta questão é reforçada pelo facto de que, apesar de poderem continuar a ser produtivos, com a reforma são obrigados a deixar de o ser nas formas de produtividade que contam, ou seja, as monetariamente mensuráveis. Dados como este estão a fazer com que a fase da reforma seja experienciada pelas pessoas afetadas através de vivências fortemente contraditórias.

Múltiplos estudos (reunidos no *Libro blanco del envejecimiento activo*, Imserso, 2011) evidenciam estar baseados numa imagem dos seniores como um fardo económico, social, familiar, etc. Os estereótipos dominantes na sociedade sobre o processo de envelhecimento estão associados a conceitos como a perda, a incapacidade funcional, doenças e problemas cognitivos, a dependência, etc. A crença geral é a de que as pessoas com mais de 65 anos têm problemas de saúde, incapacidades físicas e problemas de memória, apesar de o seu nível de dependência não exceder 10% do total. Em relação ao carácter, o estereótipo também é negativo, pois considera-se que não sabem resolver problemas e que são pouco ativas, são rígidas e inflexíveis (Bazo e Maiztegui, 1999).

Estes estereótipos não correspondem à realidade dos seniores, pois 75%-80% das pessoas com mais de 65 anos são interdependentes, como todas as outras, contribuindo significativamente para a sustentabilidade financeira e o cuidado das famílias: «Os seniores contribuem com um total de quase 12 milhões de horas semanais de trabalho informal de cuidados ao tomarem conta dos netos. As mulheres representam 62% de todos os seniores que cuidam de crianças [...]. Para além de 2,5 milhões de horas semanais de cuidados a adultos» (Rodríguez Cabrero, 2011, p. 210). Importa notar que uma percentagem muito significativa dos cuidados dos seniores dependentes está a cargo de seniores não dependentes, especialmente mulheres, embora seja verdade que há cada vez mais homens a fazê-lo – marido sénior que cuida da esposa – numa dinâmica social que deve ser encorajada.

No entanto, muitas vezes, é gerada e consolidada uma imagem negativa dos seniores como um fardo e um «desvalor» na nossa sociedade, o que é grave, por fomentar a marginalização e exclusão deste grupo em muitas áreas, conforme anteriormente mencionado, e por lhes ser atribuído um estigma que gera uma resposta negativa de mau trato pelo resto da população. Esta imagem de «desvalor», muitas vezes latente em diferentes áreas da nossa sociedade, é evidente nos meios de comunicação, contribuindo para a falta de reconhecimento da dignidade e do valor intrínseco dos seniores, causando um efeito duplo (Días Aledo, 2013):

» Externamente, ao nível das instituições e dos profissionais, uma menor valorização dos seniores e do seu bem-estar, o que conduz a atitudes idadistas que se manifestam em ações claramente discriminatórias nos seus cuidados formais ou informais e na sua assistência socio-sanitária, em comparação com outras faixas etárias. Esta atitude discriminatória prejudica gravemente os seniores, tanto no reconhecimento da sua autonomia e dos seus direitos como na assistência socio-sanitária que recebem.

» Nos próprios seniores, uma interiorização da imagem de si próprios que conduz a uma perda progressiva da autoestima, manifestada claramente na linguagem e em expressões como as seguintes: «Já não sirvo para nada», «Também, para o que me resta...». Tudo isto, juntamente com um sentimento de inutilidade e perda do sentido da vida, conduz ao isolamento social e ao desinteresse pelo seu bem-estar e saúde.

Relativamente à **autoestima**, podemos defini-la como o conjunto de perceções de imagens, pensamentos, juízos de valor e afetos sobre nós próprios. É o que pensamos e sentimos sobre nós próprios. A autoestima afeta a nossa maneira de ser, de estar, de agir no mundo e de nos relacionarmos. Quando não nos valorizamos, nem reconhecemos as qualidades que realmente temos, ou não aceitamos com serenidade as nossas limitações, podemos mostrar-nos inseguros e não ter confiança em nós próprios. Assim, será mais difícil para nós enfrentar e resolver os problemas da vida quotidiana e realizar projetos.

A autoestima é uma necessidade humana: é o sistema imunitário da consciência, que nos confere resistência e capacidade de regeneração. A falta de autoestima facilita a dependência de medicamentos, álcool e drogas. Sem autoestima não há criatividade, e também diminuímos as nossas aspirações, ao pensar que somos capazes de pouco, que tudo é demasiado difícil para nós. E o que é mais grave, consideramos normal e até justo que nos tratem pior.

A autoestima inclui a autoeficácia (confiança na nossa capacidade de pensar) e a autodignidade (segurança do nosso valor, de que merecemos que nos amem). Reforçar a autodignidade é absolutamente necessário para podermos exigir aos outros, e a nós próprios, sermos bem tratados. Mas como fazê-lo?

Diferentes estudos e investigações demonstraram a relação entre a autoestima, o sentido ou significado da própria vida e a capacidade para gerir as emoções face a situações adversas em seniores. Neste sentido, é necessário:

- » Desejar e propor metas alcançáveis para a pessoa.
- » Ocupar o tempo com atividades que criem satisfação pessoal.
- » Desenvolver a assertividade para melhorar as relações sociais.
- » Conhecer as nossas necessidades e limitações, e também as nossas capacidades e contribuições.
- » Desenvolver estratégias para tornar visível a nossa contribuição para o resto das pessoas do círculo.
- » Participar na vida social, dando e recebendo conhecimentos, amizade, etc.
- » Reconhecer as conquistas pessoais e fazer com que as outras pessoas as reconheçam.
- » Evitar subestimar-se e assumir «culpas» pelas quais não se é responsável.

■ 3.2. ALCANÇAR RELAÇÕES SATISFATÓRIAS

É necessário potenciar as aptidões sociais e alcançar relações sociais, familiares e de amizade satisfatórias para se sentir bem enquanto pessoa e sentir-se bem tratado pelos outros.

É necessária uma comunicação eficaz e respeitosa para estabelecer relações gratificantes. Saber ouvir, saber entender e compreender, e saber dizer o que se quer e o que se necessita de forma adequada são competências necessárias para estabelecer relações de igualdade, simétricas, nas quais exista bom trato recíproco.

■ 3.2.1. Aprender a ouvir

A escuta ativa é mais do que ouvir uma conversa ou uma mensagem. Implica o reconhecimento da outra pessoa como digna e com valor e, por conseguinte, a convicção de que o que vai expressar merece ser ouvido e tido em conta. Em muitos casos, isto requer um esforço, uma consciência e uma vontade de querer compreender a pessoa que estamos a ouvir e compreender o que nos diz, entender o seu ponto de vista. Este esforço e este compromisso geram na outra pessoa a experiência de ser valorizada, de ser bem tratada.

A escuta ativa:

- » Prende-se com compreender o significado total do que nos é dito, ou seja, o conteúdo da mensagem, mas também os sentimentos ou atitudes encerrados nesse conteúdo.
- » Transmite à outra pessoa o esforço de ouvi-la ativamente, «silenciando» a nossa própria comunicação interior e permitindo que o outro ocupe todo o espaço da relação.
- » Implica renunciar a «ter razão» e a «convencer», e colocar-se na posição de acolher a outra pessoa e os seus pontos de vista, assegurando que a compreendemos.

Existem algumas atitudes e comportamentos (verbais e não verbais) que dificultam uma boa escuta ativa, gerando nos outros a experiência de não serem compreendidos nem respeitados. Destacamos alguns deles:

- » Criticar o que a outra pessoa nos diz de acordo com a nossa opinião ou juízo de valor.
- » Ignorar a outra pessoa, fazendo outra coisa enquanto está a falar (olhar para o telemóvel...).
- » Interromper ou completar o que está a dizer, dando a impressão de que estamos com pressa que acabe.
- » Tranquilizar rapidamente a pessoa, desvalorizando o que diz e, indiretamente, desvalorizando o que se passa na vida dela e quem ela é.

- » Aconselhar quem não quer conselhos, mas apenas partilhar a sua experiência e saber que é ouvido e compreendido.

Os benefícios da escuta ativa são muito importantes para qualquer pessoa que queira manter uma boa relação baseada no respeito e no bom trato. A escuta ativa permite:

- » Compreender as outras pessoas, que perceberão o nosso interesse e esforço, o que tornará mais fácil ganhar a sua estima e confiança.
- » Um comportamento semelhante nas outras pessoas, que também nos vão tratar bem.

3.2.2. Cultivar a empatia

Para comunicarmos eficazmente uns com os outros, devemos conseguir colocar-nos no lugar do nosso interlocutor e fazer o esforço de assimilar, da melhor maneira possível, a sua experiência, as suas necessidades, os seus valores e as suas expectativas e desejos. **Empatia** é a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro para o compreender.

As pessoas não são todas iguais e cada um de nós tem uma perceção diferente das coisas. Muitas vezes pensamos que os outros veem e sentem da mesma forma que nós, e julgamos com base no nosso ponto de vista, na nossa própria perceção, sem compreender nem saber como a outra pessoa experiencia o que lhe acontece.

A empatia é a competência emocional e relacional que permite estarmos atentos à vivência das outras pessoas e, por conseguinte, saber como reagirão perante determinadas situações ou comportamentos que possamos ter com elas, o que ajudará a que se sintam realmente bem tratadas.

A empatia não deve ser confundida com a simpatia e não significa concordar com o que a outra pessoa pensa, com os seus valores, atitudes e crenças. Exige atenção às emoções do outro, fazendo o esforço de nos colocarmos no seu lugar, procurando compreender o que sente, mas mantendo uma distância emocional suficiente que nos permita preservar a nossa autonomia pessoal.

Para agir com empatia é necessário:

- » Observar, identificar e assimilar os sentimentos e as emoções do outro.
- » Manter a distância emocional adequada.
- » Estar atento a todas as palavras, sem esquecer a comunicação não verbal, ou seja, a comunicação gestual, etc., que acompanha o conteúdo da mensagem.

- » Perguntar a nós próprios como nos sentiríamos nessa situação.
- » Enviar mensagens não verbais coerentes com a situação.
- » Responder com expressões positivas para motivar a outra pessoa a expressar-se livre e profundamente.

A empatia ajuda-nos a antecipar as respostas da outra pessoa e as emoções que a nossa comunicação pode originar, o que facilitará as relações e evitará interpretações incorretas que, frequentemente, geram conflitos posteriores. Se conseguirmos colocar-nos no lugar da outra pessoa, se conseguirmos colocar-nos na sua situação, conseguiremos compreender o que faz e o que sente, e será mais fácil para nós explicar-lhe o que sentimos e o que queremos para uma boa relação.

3.2.3. Desenvolver a assertividade

Por **assertividade** entendemos um comportamento que nos ajuda a comunicar de forma clara e segura as nossas necessidades, desejos, direitos e sentimentos a outras pessoas, sem violar os seus direitos enquanto pessoas nem a sua autoestima.

Para a psicologia, a assertividade é o conjunto de comportamentos de uma pessoa num contexto interpessoal que expressa os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos desta pessoa de uma forma direta, firme e honesta, respeitando simultaneamente os sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos das outras pessoas.

A assertividade é uma alternativa aos comportamentos ou reações instintivos de passividade (fugir) ou agressividade (lutar) face a uma situação de crise ou conflito relacional que requer uma solução, utilizando capacidades de comunicação e intelectuais como falar, argumentar, negociar, etc.

Não se trata apenas de uma forma de comportamento, mas consiste num conjunto de estratégias que podem variar consoante a pessoa, o contexto, a sociedade e a cultura de cada um.

No **comportamento passivo**, a pessoa aceita os pontos de vista e as exigências dos outros, sem defender a própria opinião, nem as suas necessidades ou direitos. Muitos seniores agem assim por amabilidade, medo, dúvida, insegurança, etc., mas a mensagem implícita no comportamento passivo é: «Os meus sentimentos não importam; e os meus pensamentos e ideias não são necessários. Eu não sou ninguém, tu tens razão, sabes mais, és superior». Este comportamento diminui a autoestima e a estima das outras pessoas e, infelizmente, constitui um fator de risco para

os maus-tratos.

O **comportamento agressivo** é aquele que mantém o próprio ponto de vista, direito ou exigência, negando ou ignorando os direitos e necessidades das outras pessoas. Normalmente, envolve a ameaça ou violação dos direitos das outras pessoas, e a falta de valorização dos seus sentimentos, opiniões e desejos. A mensagem implícita deste comportamento é: «Isto é o que eu penso e, portanto, é o correto. Tu és estúpido por pensares de forma diferente». Obviamente, é uma mensagem que gera desconforto na outra pessoa, quer ela o expresse ou não, e fará com que se sinta maltratada, quebrando a sua confiança.

O **comportamento defensivo** ocorre quando a pessoa se sente ameaçada ou antecipa uma ameaça. Esta atitude é transmitida às outras pessoas, que adotam também posturas defensivas, o que provoca um ciclo vicioso que prejudica a comunicação interpessoal. À medida que o comportamento defensivo aumenta, diminui a eficácia da comunicação.

Face a estes comportamentos, a pessoa assertiva apresenta normalmente uma série de pensamentos, emoções e comportamentos que revelam algumas características:

- » Conhece-se a si própria e geralmente tem consciência do que sente e deseja em cada momento.
- » Aceita-se incondicionalmente, sem que isso dependa do que alcançou ou da aceitação das outras pessoas. Por isso, mantém sempre a dignidade e o respeito por si própria.
- » Aceita as suas limitações de qualquer tipo, mas ao mesmo tempo luta com todas as suas forças para as ultrapassar.
- » Mantém-se fiel a si própria em qualquer circunstância e sente-se responsável pela sua vida e as suas emoções.
- » Respeita-se e valoriza-se a si própria e às outras pessoas. Assim, é capaz de expressar e defender os seus direitos, respeitando simultaneamente os direitos das outras pessoas.
- » Consegue comunicar com todos: amigos, familiares e desconhecidos. E esta comunicação tende a ser aberta, direta, franca e adequada.
- » Sabe expressar adequadamente as suas opiniões, desejos e sentimentos, em vez de esperar que os outros os adivinhem.
- » Sabe compreender e gerir adequadamente os seus sentimentos e os das outras pessoas. Por isso, não sente muita ansiedade nas suas relações com os outros e consegue enfrentar serenamente os conflitos, fracassos e sucessos, evitando ser maltratada e tratar mal outras pessoas.

O que não vou tolerar: não ao tratamento inadequado

4.1. A FALTA DE RESPEITO PELA AUTONOMIA PESSOAL

São muitas as formas de não tratar bem um sénior e, infelizmente, verificam-se com demasiada frequência, por exemplo, em modelos de cuidados paternalistas que infantilizam o sénior e ignoram o respeito pela sua autonomia. Destacamos algumas delas (Goikoetxea, 2013):

- » Invadir os domínios privados dos seniores sem a sua autorização e aceder, sem criar uma relação de confiança, a espaços de intimidade e privacidade, como propriedades e informações pessoais. Sempre que seja necessário fazê-lo, é preciso discrição e confidencialidade.
- » Não proteger o acesso de pessoas alheias à sua vida privada, provocando situações que prejudicam a sua imagem e honra. Não preservar a sua privacidade, divulgando aspetos da sua vida privada sem o seu consentimento, contornando a obrigação de confidencialidade ou diminuindo o controlo sobre as suas informações e aumentando, assim, o seu nível de indefesa em relação a estranhos.

«Respeito as ordens, mas também me respeito a mim próprio, e não obedecerei a nenhuma regra feita especificamente para me humilhar.»

JEAN-PAUL SARTRE

- » Utilizar mentiras, manipulações e coações que possam limitar e condicionar, e mesmo eliminar, a vontade do sénior, para que autorize a utilização dos seus bens ou tome decisões sobre a sua vida privada sem ter conhecimento de todas as consequências.
- » Negar-lhe informação ou facultá-la de modo incompreensível, o que o impedirá de decidir livre e responsabilmente com base nos seus valores e crenças. Desta forma, o sénior é anulado enquanto interlocutor ou participante nas deliberações sobre aspetos da sua vida ou da vida em comum.
- » Impedir que o sénior expresse os seus valores e decisões para os momentos em que já não seja capaz de o fazer, não permitindo que assuma a responsabilidade pelo seu futuro.



- » Relacionar-se com seniores de forma infantilizante e condescendente, referindo-se a eles com expressões idadistas que os despersonalizam («avós...»), aumentando assim as suas dificuldades de comunicação e participação social, e reduzindo a sua autoestima ao diminuir a sua confiança.
- » Promover o isolamento dos seniores, a falta de relações e de participação em atividades culturais, religiosas ou de lazer, fomentando assim a falta de sentido e os quadros depressivos neste grupo.

Os comportamentos anteriores evidenciam um tratamento inadequado que impede os seniores de gerirem a sua vida de forma autónoma. Além disso, baseiam-se na apreciação de que «valem menos» ou de que a sua vida é «menos importante», e numa falta de empatia relacional que os impede de ter consciência do sofrimento gerado pela consideração como inferior.

4.2. ALGUNS INDICADORES DE ALERTA QUE ME DEVEM FAZER REFLETIR

Além das situações e comportamentos anteriores, existem outros que os seniores devem conseguir identificar como indicadores de tratamento inadequado ou de mau trato, pois não só atentam contra a dignidade e os direitos da pessoa, mas também causam danos e, conseqüentemente, devem ser considerados mau trato. Esses comportamentos nem sempre têm como intenção prejudicar o sénior, mas não podem ser tolerados em situação alguma. Indicam-se em seguida alguns destes comportamentos em função do dano que podem gerar:

Indicadores e comportamentos que geram danos físicos

- » Impedimentos ao seguimento de regras, tratamentos ou cuidados de saúde, quer por representarem uma tarefa ou uma despesa, quer por se considerar que em determinadas idades não é relevante cuidar da saúde.
- » Atraso no acesso aos serviços de saúde quando existem lesões ou sintomas de falta de saúde que são atribuídos à idade da pessoa e não a uma doença ou processo que poderia melhorar com um diagnóstico precoce e um tratamento ou cuidados adequados.
- » Falta de tempo para o descanso e o lazer, por dedicação excessiva do seu tempo a cuidados no meio familiar quando a pessoa não escolheu fazê-lo, mas foi coagida a isso.
- » Danos para a própria saúde devido a sobrecarga de cuidados a pessoas dependentes não decididos livremente. É muito frequente no caso das mulheres mais velhas que não recebem ajuda do resto da família para cuidar de uma pessoa dependente (normalmente, o marido ou um filho ou filha com deficiência). Essa situação pode gerar problemas físicos graves, como lesões nas costas, quedas, exaustão devido à falta de sono, etc.

- » Falta de condições de habitabilidade no alojamento, ou no edifício onde se situa o alojamento, que a pessoa sénior necessita para ter uma vida minimamente confortável, mas que a família ou os vizinhos não consideram necessário solucionar devido à despesa: falta de aquecimento, barreiras arquitetónicas que dificultam a mobilidade e provocam risco de quedas, etc.
- » Obstinação na manutenção de atividades, obrigando a pessoa sénior a tarefas que não pode desempenhar, como vestir-se ou lavar-se sozinha, quando lhe é muito difícil ou representa um risco para ela.
- » E, claro, qualquer tipo de agressão física.

Indicadores e comportamentos que geram danos psíquicos

- » Isolamento dentro da habitação e proibição de participar em atividades ou espaços comuns a toda a família, evidenciando rejeição, desprezo ou desvalorização.
- » Proibição ou impedimento injustificado de manter relações ou participar em atividades sociais significativas e apreciadas pelo sénior, o que aumenta o seu isolamento e diminui a sua inclusão social.
- » Mentiras e enganos na informação relativa às decisões que o sénior deve tomar sobre acontecimentos que o afetam, o que o leva a viver situações irreversíveis que poderiam ter sido evitadas se lhe tivessem sido facultadas informações prévias completas e verídicas.
- » Falta de atenção e de escuta por parte das pessoas da família em relação a propostas, opiniões e desejos do sénior.
- » Falta de reconhecimento ou desprezo pelas ações, esforços e tarefas realizados gratuitamente em benefício de outros membros da família, como cuidar dos netos, apoio financeiro, hospitalidade na própria casa, assumir a organização e preparação de celebrações familiares, etc.
- » Insultos, gritos, humilhações... e não apresentar desculpas quando se falta ao respeito à pessoa sénior.
- » Não pedir autorização ao sénior para utilizar a sua habitação, gerir o seu tempo ou atribuir-lhe tarefas ou responsabilidades.
- » Exigência de disponibilidade e obediência total, através de comportamentos autoritários e recriminações, quando o sénior realiza ações diferentes das esperadas.

Indicadores e comportamentos que geram danos económicos

- » Pedido de aval por parte de terceiros, sem informação clara sobre os riscos envolvidos.
- » Falta de informação ou utilização não consentida dos bens económicos do sénior.
- » Faturas e recibos desconhecidos que são debitados da conta do sénior, ou



despesas desproporcionadas ou injustificadas.

» Assinatura de documentos sem os ler ou sem compreender o que foi lido.

Indicadores e comportamentos que geram danos sexuais

» Acesso ao corpo nu do sénior sem justificação ou qualquer motivo de saúde.

» Relações sexuais (com ou sem contacto) sem consentimento.

» Exibicionismo e pornografia não consentidos.

O mau trato a seniores

O mau trato a seniores não tem uma definição universalmente aceite, o que tem representado um problema fundamental para a respetiva investigação, prevenção e deteção.

Os estudos sobre a prevalência de mau trato na União Europeia incluem taxas que variam entre 0,8 e 52,6% da população sénior (Pillemer e Finkelhor, 1989, citado por Pérez-Rojo e Chulián, 2013). Esta disparidade nos resultados deve-se em parte às diferentes definições de mau trato utilizadas. No que se refere à deteção e intervenção, profissionais diferentes ou em áreas de assistência diferentes (sociais e de saúde), não tendo uma conceptualização comum, podem não considerar como mau trato situações que outros profissionais, com os mesmos indicadores, considerariam como tal.

A invisibilidade do mau trato às pessoas seniores com mais de 65 anos é uma realidade inquestionável. O fenómeno, como objeto de estudo, inclui-se na categoria de violência doméstica ou intrafamiliar (Ruiz Sanmartín *et al.*, 2001; González *et al.*, 2002), juntamente com os maus-tratos infantis e de género. Os estudos e posteriores intervenções sociais sobre o mau trato centraram-se primeiro nas crianças e depois nas mulheres, desenvolvendo-se várias ações que vão desde iniciativas para influenciar a opinião pública e fomentar os valores éticos de respeito e proteção, até ao desenvolvimento de protocolos de prevenção e intervenção, sem esquecer a promulgação de normas legais destinadas a diminuir o número de vítimas e protegê-las quando a violência é um facto.

A primeira vez que se abordou na opinião pública a questão do mau trato a seniores foi em 1975, no Reino Unido, numa carta ao editor da revista *Granny Battering* (citada em Pérez-Rojo e Chulián, 2013). Seriam necessários quinze anos para que o fenómeno fosse considerado relevante e se considerasse necessário algum tipo de intervenção sistematizada.



Em 1990, foi criado nos Estados Unidos o Centro Nacional sobre o Abuso a Seniores e, à medida que aumentava o número de comportamentos considerados como mau trato, começaram a aparecer revistas especializadas no tema, como o *Journal of Elder Abuse and Neglect*, que surgiu em 1996. Pouco depois, em 1997, surgiu a International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), à qual se juntaram a OMS e a Associação Internacional de Gerontologia. O surgimento e desenvolvimento das ações da INPEA foram determinantes, tanto para dar visibilidade ao fenómeno, como para que fosse considerado intolerável do ponto de vista ético. Com o impulso dos seus trabalhos, no final dos anos noventa, começaram a ser publicadas obras e manuais sobre o tema, que se multiplicaram à medida que se desenvolviam inúmeras investigações, até que a própria Associação de Psiquiatria Americana (APA) o considerou tão relevante que publicou um documento sobre os maus-tratos a seniores em 2012.

«A igualdade é uma necessidade vital da alma humana.
Deve conceder-se a mesma quantidade de respeito e
atenção a cada ser humano, porque o respeito não tem
graus.»

SIMONE WEIL

A INPEA define o mau trato a seniores como um «ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que causa danos ou angústia aos seniores e que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança». Esta definição foi aceite pela OMS em 2002, na declaração de Toronto (WHO, 2002), e pode ser considerada como o principal marco para o reconhecimento do mau trato a seniores e o desenvolvimento de diferentes iniciativas para a sensibilização, deteção, prevenção e intervenção, tanto a nível internacional como nacional.

O último grande acordo internacional que deu visibilidade ao mau trato a seniores foi a proclamação, em 2006, do dia 15 de junho como Dia da Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa. Como resultado, foram aumentando progressivamente as iniciativas para abordar o problema, que começou a ser considerado fundamental para um envelhecimento saudável. O último *Relatório Mundial Sobre Envelhecimento e Saúde* da OMS (WHO, 2015) apresenta números alarmantes: «A prevalência dos maus-tratos a seniores em países de rendimento alto e médio situa-se entre 2,2 e 14%». E acrescenta: «É importante ter em conta que estes números não incluem os seniores com declínio cognitivo, nem os que vivem em lares de terceira idade ou centros de assistência a longo

prazo. Não obstante, é possível que estes grupos estejam particularmente expostos ao risco de maus-tratos» (*op. cit.*, p. 80).

Paralelamente aos trabalhos de investigação desenvolvidos por especialistas para estudar a prevalência do mau trato em Espanha desde os anos 90, foram elaborados planos de intervenção à medida que aumentava a consciência social para a necessidade de evitar, ou pelo menos diminuir, o número de vítimas de mau trato entre os seniores. O Plano de Ação Internacional adotado em abril de 2002 em Madrid, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pelas Nações Unidas, reconheceu claramente a importância de prevenir e reduzir os maus-tratos aos seniores e, pela primeira vez, associou-os aos direitos humanos universais, classificando-os como um tratamento indigno dos seniores. Nessa assembleia, reconheceu-se também a responsabilidade de toda a sociedade na erradicação destas situações e considerou-se que a prevenção dos maus-tratos a seniores num mundo envelhecido é um assunto que diz respeito a todos (Pinazo-Hernandis, 2013).

5.1. FATORES DE RISCO DE MAU TRATO A SENIORES

Os trabalhos de investigação sobre os **fatores de risco** de mau trato a seniores demonstram que são muito variados: alguns são sociais, como o idadismo ou a discriminação etária e o isolamento social, e outros são intrínsecos ou específicos da situação e das características do sénior, como a dependência e o declínio cognitivo associado à incapacidade física (Pinazo-Hernandis, 2013). A falta de estima social em relação aos seniores aumenta o risco de serem vítimas de maus-tratos e, conseqüentemente, diminui a exigência de satisfazer as suas necessidades de forma completa e integral, incluindo as de participação social em condições de igualdade. A estima e o apreço pelos seniores têm vindo a diminuir gradualmente nas últimas três décadas, principalmente devido às mudanças nas condições demográficas e nos valores culturais, bem como na sua imagem social. Conforme expressa Días Aledo, «não é preciso procurar muito para “tropeçar” numa ideia que é manifestada sem demasiado pudor: as pessoas mais velhas são um fardo para o resto da população» (Días Aledo, 2013, p. 487).

Quanto aos fatores de risco de os seniores dependentes que necessitam de cuidados serem vítimas de mau trato, os estudos disponíveis indicam claramente os seguintes:

- » Quantidade de apoio formal e informal recebido. Os cuidadores que recebem menos apoio são os que apresentam maior risco (CGPJ, 2010; Pérez-Rojo, 2008a; Pérez-Rojo *et al.*, 2008b).
- » Isolamento social do cuidador e do sénior. A falta de contactos informais ou formais, isto é, o isolamento social, tanto no cuidador (Schiamberg e Gans, 2000; CGPJ, 2010) como no sénior (Garre-Olmo *et al.*, 2009; Pérez-Rojo, 2008a), aumenta a probabilidade de mau trato e dificulta tanto a sua deteção, especialmente se também houver isolamento geográfico, como a consciencialização de que o tratamento é mau.
- » Dificuldades e conflitos na relação entre a pessoa que cuida e a pessoa cuidada. Este fator é relevante quer os conflitos tenham sido anteriores e exista uma história prévia de conflitos ou violência familiar (Sancho *et al.* 2011; CGPJ, 2010; Pérez-Rojo, 2008a), quer existam atualmente (Pérez-Rojo *et al.*, 2008b).

Em relação a este grupo de pessoas seniores em situação de dependência que sofrem mau trato, embora haja muitas semelhanças com o mau trato a outras pessoas dependentes, as diferenças são significativas (Goikoetxea, 2011). As diferenças mais relevantes no mau trato a seniores, em comparação com as outras pessoas dependentes que necessitam de cuidados, são duas: a falta de respeito pela sua autonomia e a assistência escassa ou inadequada no final da vida.

- » Na sua maioria, os seniores, mesmo que em certos momentos não possuam plena autonomia decisória, foram pessoas com autonomia funcional e responsabilidade nas decisões, que desenvolveram projetos de autorrealização baseados em códigos morais, valores, crenças e identidades diferenciadas que são conhecidos no seu círculo próximo. Além disso, na maioria dos casos, mantiveram relações duradouras com as pessoas que cuidam deles, com papéis significativamente diferentes dos que se verificam atualmente na relação de prestação de cuidados. Frequentemente, são pais ou mães em situação de dependência grave, cuidados por filhos ou filhas ou por profissionais. Esta mudança nas relações, ou nos compromissos assumidos previamente ao longo da vida, constituem, para várias das teorias explicativas do mau trato, um fator determinante dos mesmos. Por outro lado, é, se possível, ainda mais imoral a falta de consideração pelos valores dos seniores na tomada de decisões sobre as intervenções e cuidados a realizar, bem como a ausência de apoios para o desenvolvimento dos seus direitos de cidadania na vida privada e pública, especialmente nos casos em que os seniores expressam reiteradamente, quando a sua capacidade de decisão não está fragilizada, como pretendem gerir as suas vidas.



» Outra especificidade do mau trato a seniores é que o seu maior nível de dependência ocorre, precisamente, no final da sua vida, o que inclui a gestão da sua morte. Assim, aparecem, com mais frequência do que noutros grupos de pessoas em situação de dependência, comportamentos de maus-tratos específicos (por ação ou por omissão), que geram níveis muito significativos de sofrimento no final da vida, quer por não se atender às necessidades de autonomia dos seniores (identidade, valores, crenças, obrigações morais, etc.), quer por não se prestar a assistência correta às suas necessidades de dependência (discriminação sanitária, obstinação terapêutica, falta de avaliação e tratamento da dor, ausência de cuidados paliativos, etc.).

5.2. A COMPLEXIDADE DO FENÓMENO DO MAU TRATO A SENIORES. ABORDAGEM ÉTICA

Na perspetiva ética, definimos de forma geral o mau trato como um dano que se inflige a outra pessoa, no nosso caso, a uma pessoa em situação de dependência, não respeitando a sua dignidade, quer tratando-a como um mero meio, quer marginalizando-a ou prejudicando-a diretamente. O mau trato constitui, portanto, um tratamento indigno a outra pessoa, do ponto de vista objetivo do dano sofrido pelo sénior, mas nem sempre podemos encontrar condições subjetivas de moralidade na pessoa que causa o dano; ou seja, nem sempre quem causa o dano ou o mau trato é responsável do ponto de vista ético.

É bastante frequente a falta de intencionalidade (e, por vezes, de responsabilidade) nas situações de mau trato aos seniores. A falta de intencionalidade nem sempre implica falta de responsabilidade ética, mas há ocasiões em que isso acontece. Por exemplo, a pessoa que causa o dano não pode evitá-lo, ou desconhece que o causa, sem ter responsabilidade subjetiva devido à sua ignorância, etc. A falta de responsabilidade moral não significa que o dano seja justificável, ou que seja menor. Do ponto de vista prioritário da vítima, o dano é claro e inegável. Esta falta de responsabilidade moral no sujeito que causa o dano implica uma interpelação urgente para procurar outras possíveis responsabilidades (frequentemente institucionais), bem como para solucionar as carências e falhas de vários tipos que permitem a ocorrência do dano.

Com o objetivo de não identificar imediatamente todos os comportamentos que geram danos como um ato imoral (e, se for caso disso, punível, se a responsabilidade também for legal, porque se comete uma ação classificada como delito), várias instituições e organizações relevantes no setor da deficiência e da assistência a seniores em Espanha (Imsero, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología Zahartzaroa, Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual Plena Inclusión) usam o

termo **mau trato** (*mal trato* ou, no plural, *malos tratos*) ou **tratamento inadequado** (*trato inadecuado*) para as situações de dano em que é necessário intervir, deixando o termo **maus-tratos** (*maltrato*) para as situações em que existe responsabilidade (e que podem ser puníveis legalmente). Na nossa opinião, esta diferenciação terminológica favorece a visibilidade do mau trato aos seniores, ao colocar o foco nos danos e sofrimento do sénior e na necessidade de intervenção (seja a situação punível ou não).

A partir desta abordagem ética, a análise das situações de mau trato a seniores, tendo em conta o acima exposto, deverá abordar de forma diferenciada (embora posteriormente se estabeleçam as ligações existentes para determinar as medidas a serem tomadas), por um lado, o tipo de danos causados à pessoa que é vítima de mau trato; por outro lado, os diferentes comportamentos que geram esses danos, e, por último, a responsabilidade da pessoa, entidade ou instituição que causa o dano (Etxeberria *et al.*, 2013).

5.2.1. Tipos de mau trato de acordo com os danos causados à vítima

Após a revisão da literatura sobre os diferentes tipos de mau trato a seniores que existem (Pérez-Rojo, 2008a; Sancho *et al.*, 2011; Pérez-Rojo *et al.*, 2008b), e modificando alguns aspetos em função da nossa diferenciação entre dano e comportamento, pode ser feita a seguinte classificação, de acordo com o dano infligido à pessoa:

- » **Mau trato físico.** Consiste em qualquer ação (bater, amarrar, queimar, enclausurar, utilizar medicação de forma inadequada, etc.) ou omissão (não satisfazer necessidades básicas, como mudar fraldas molhadas, não alimentar, etc.) levada a cabo por outras pessoas e que cause, conseqüentemente, dano ou lesão física. Os indicadores deste tipo de mau trato poderiam ser, entre outros, hematomas, queimaduras, ossos fraturados ou partidos, ou sinais de terem sofrido algum tipo de restrições físicas ou químicas, como marcas de cordas, níveis anormais de fármacos, hipotermia, dor ao toque, etc.
- » **Mau trato psicológico.** Inclui ações como insultos, utilização de ameaças e logros, coações, intimidações e humilhações, falta de respeito pelos valores e crenças da pessoa, isolamento forçado e remoção de toda a comunicação verbal, entre outras, que geram no sénior mal-estar emocional, perda de autoestima, tristeza, pânico e outros sintomas.

Os indicadores deste tipo de mau trato na vítima podem ser a indecisão ao falar abertamente, depressão e choro, desgosto, agitação, impotência, desamparo ou medo inexplicáveis, etc.

- » **Mau trato sexual.** Inclui qualquer comportamento de caráter sexual, com ou sem contacto físico (toque, exibicionismo...), sem o consentimento da pessoa, quer por ter sido coagida a dar o consentimento, porque não tem capacidade para o dar, quer por ter consentido através de engano ou manipulação. Alguns indicadores deste tipo de mau trato podem ser hematomas ou lesões à volta do peito ou da zona genital, doenças venéreas ou infeções genitais sem explicação, hemorragias vaginais ou anais inexplicáveis, roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada, relutância e recusa à realização da higiene íntima por parte de determinadas pessoas, etc.
- » **Mau trato financeiro.** Inclui o uso ilegal ou impróprio das propriedades ou fundos de uma pessoa dependente contra os seus interesses, causando-lhe prejuízo financeiro. Os indicadores deste tipo de mau trato podem ser um padrão irregular de despesas ou desembolso de dinheiro, mudanças súbitas nas contas bancárias ou testamentos, assinaturas em cheques, doações sem capacidade para as realizar, etc.
- » **Mau trato legal.** Prejudica a condição de cidadania da pessoa em situação de dependência, impedindo-a de participar na sociedade em igualdade de oportunidades com as outras pessoas. O dano pode advir de meios judiciais (interdições judiciais que não respeitam os níveis de autodeterminação da pessoa), dos representantes legais (impedindo a pessoa de exercer o direito de voto) ou da legislação existente no seu meio (proibição de acesso a determinados lugares ou espaços públicos).

A maior parte dos tipos de mau trato estudados não faz a distinção entre dano e comportamento, incluindo assim na classificação outros tipos, como a negligência e o abandono (Pérez-Rojo, 2008a). Numa abordagem ética, consideramos que é melhor não incluir estes grupos aqui, pois fazem referência a comportamentos e não a danos. Essa diferenciação ajudará posteriormente a analisar a responsabilidade em tais comportamentos, o que também é de indiscutível interesse do ponto de vista ético.

5.2.2. Tipos de mau trato de acordo com o comportamento de quem o pratica

Após analisar o mau trato na vítima de acordo com os danos causados, centramo-nos agora nos comportamentos (ações ou omissões) de quem causa o dano a um sénior, que pode ser uma pessoa (cuidadora ou não), um grupo de pessoas (equipa, família, colegas...) ou uma entidade ou instituição.

Em primeiro lugar, iremos destacar algumas más práticas que, visando melhorar a qualidade de vida da pessoa, são executadas de tal forma que acabam por gerar mau trato. Em seguida, analisaremos omissões que resultam também em danos e devem ser classificadas como tratamento indigno, isto é, como mau trato nos cuidados e na assistência. Por último, apresentamos o mau trato por comportamento ou ação, aqueles que maltratam tanto pelo modo de relacionamento que estabelecem, quanto pelas suas consequências de dano.

De qualquer forma, para avaliar a gravidade do mau trato em cada variante devem ser considerados aspetos como a intensidade, a frequência e as circunstâncias subjetivas (o grau de violação da confiança) e ambientais de cada caso. De acordo com isto, um tipo de mau trato supostamente menos grave (omissão de cuidados específicos) pode ser muito mais grave do que outro correspondente a uma ação expressa clara (insultar uma pessoa).

No trabalho que utilizamos como referência (Etxeberria *et al.*, 2013), para cada variante são propostos casos concretos que, acreditamos, esclarecem significativamente o conteúdo de cada comportamento. Por conseguinte, utilizaremos aqui o mesmo recurso, embora nos concentremos em casos de seniores.

» **Obstinação nos cuidados.** O mau trato reside no excesso de assistência, seja na acumulação de cuidados, seja na sua prolongação inadequada. Pode causar grande sofrimento e dano, especialmente quando a pessoa sofre a violência e a experiência repetida de fracasso ao não conseguir superar os exercícios propostos. Em muitos casos, este tipo de ações decorre de modelos de assistência médica ou de reabilitação que não reconhecem a situação da pessoa no seu todo, mas apenas os seus défices ou perdas. Além disso, este modelo de assistência não é capaz de se situar na simetria relacional moral que exige interdependência e empatia com o mal-estar e a vulnerabilidade da pessoa dependente.

CASO

O Miguel é obrigado pela sua esposa (cuidadora principal) a comer corretamente, com os talheres adequados, sem se sujar. Falha repetidamente e é «motivado» pelo facto de lhe ser permitido sentar-se à mesa com toda a família como recompensa quando consegue cumprir. Nas últimas três semanas, o Miguel não conseguiu, por isso come sozinho. Há dois dias que se recusa a comer.

- » **Assistência desadequada.** Oferece-se alguma coisa que não corresponde às necessidades da pessoa cuidada, causando-lhe dano. O primeiro erro reside na avaliação incorreta das necessidades e capacidades da pessoa, que pode dever-se a negligência ou a discriminação com base na idade. Porém, o mau trato propriamente dito ocorre muitas vezes ao manter essa assistência inadequada, na falta de diligência e acompanhamento que deveriam levar a uma revisão do diagnóstico e da assistência correspondente. Os modelos de assistência despersonalizados conduzem a este tipo de mau trato no contexto formal sanitário ou social.

CASO

A Ana partilha o centro de dia com 34 seniores. O grupo é sempre acompanhado por dois cuidadores, que fazem diferentes atividades de grupo de estimulação cognitiva. A Ana não fala castelhano, por isso não participa, fica entediada e apresenta problemas de comportamento, com condutas de risco para ela e para os outros. A única forma de manter a Ana calma e sem este tipo de problemas é dar-lhe comida. Consequentemente, a Ana passa grande parte do tempo a comer continuamente.

- » **Assistência insuficiente.** O mau trato é provocado por defeito na assistência, de tal modo que a assistência que não é oferecida, mas deveria ser, resulta num dano por omissão. A assistência é parcial, como acontece, por exemplo, no caso seguinte.

CASO

O Pedro tem supridas as suas necessidades de saúde, com prescrições corretas de medicação definidas pelo seu médico de cuidados de saúde primários. No entanto, o médico não considerou que o Pedro não tem apoios para os seus cuidados e que não é capaz de compreender e administrar corretamente a medicação prescrita, por não dispor de recursos de apoio social suficientes, que não foram tidos em conta.

- » **Negligência.** É um comportamento próximo da assistência insuficiente e nem sempre é fácil distingui-los. Na verdade, confundem-se em inúmeras tipologias e protocolos. Não se trata de não atender a uma necessidade, mas sim de a assistência não ser a indicada ou não ser prestada da forma correta; ou seja, o que se faz, não se faz bem. Se fazer algo diligentemente é fazê-lo com interesse e atenção, de acordo com a regra das boas práticas que se procura ter em mente (*diligere* significa «amar»; aqui, amar o que se faz), fazê-lo negligentemente é precisamente o oposto. Negligências leves e pontuais não devem ser classificadas como mau trato, pois fazem parte da limitação humana pessoal ou coletiva (um dia, um cuidador confunde-se e inclui uma pessoa sem mobilidade numa lista para mobilização no ginásio). Contudo, negligências importantes e continuadas representam objetivamente mau trato (uma alimentação sistematicamente negligente com seringa oferecida a pessoas que comem mais devagar, por pura comodidade de quem as cuida; uma hidratação insuficiente para evitar mudar fraldas molhadas).

CASO

A Henriqueta tem 85 anos. Os seus cuidadores não podem tomar conta dela durante algumas horas e, para evitar que se magoe sozinha em casa, deixam-na amarrada com ligaduras e aumentam a medicação psicotrópica, para que fique a dormir sempre que têm de deixá-la sozinha, o que ocorre diariamente duas a três horas por dia e ao fim de semana à noite. A medicação, sobretudo na quantidade administrada ao fim de semana, afeta o seu nível de compreensão, provocando confusão e agitação nos dias seguintes.

- » **Abandono.** Esta é a forma mais importante de mau trato por omissão. A pessoa para com a qual se tem responsabilidade de assistência é deixada à sua sorte, em situações em que não é possível tomar conta dela, o que resulta em danos significativos.

CASO

A Maria vive com a família e, após uma queda, consideram encaminhá-la para um serviço de urgência hospitalar. A Maria sofre de demência avançada e vai sozinha na ambulância, permanece sozinha e desorientada durante três horas no serviço de urgência e é «devolvida» sozinha após verificarem que não tem nenhuma fratura. No total, passou quatro horas e meia assustada, desorientada e atemorizada. Este comportamento também pode também ser praticado por uma instituição, quando dá alta a uma pessoa gravemente dependente e a transporta para o seu domicílio sabendo que vive sozinha, sem contactar nem pedir previamente assistência e acompanhamento por parte das equipas de saúde e sociais comunitárias.

- » **Logro e manipulação.** Com esta modalidade passamos aos tipos em que o mau trato reside claramente na própria natureza da ação. Neste modo, a vítima não tem consciência do dano, pelo menos no momento em que ocorre, e por vezes nunca. É tratada como um mero meio sem que tenha consciência disso. A vítima pensa estar numa relação positiva, mas na realidade está a ser usada. O mau trato está subjacente à própria conceção da iniciativa e também à ação, que, sendo distorcida por interesses, não é orientada para os objetivos que lhe são próprios. A pessoa sente-se maltratada ao descobrir o logro, o que aumenta o impacto na mesma. Este tipo ocorre principalmente em casos de danos sexuais e financeiros.

CASO

O Carlos é uma pessoa com declínio cognitivo ligeiro e um bom nível de autonomia funcional e decisória. Um amigo informou-o que tem de depositar 7000 Euros numa conta como provisão para uma futura vaga num lar de terceira idade. Também lhe comunica que, se não entrar no lar de terceira idade, o dinheiro será devolvido aos seus filhos. O Carlos confia nele e deposita o dinheiro «voluntariamente» através da Internet num número de conta cujo titular é o amigo.

- » **Ameaça credível de mau trato.** Obriga-se a pessoa a fazer algo (ou a deixar de o fazer) sob uma coação que é credível e irresistível para a pessoa.

CASO

O Júlio precisa de apoio em várias atividades da sua vida quotidiana após sofrer um AVC. Os sobrinhos ameaçam interditar-lo judicialmente e pedir uma vaga para ele num lar de terceira idade caso não aceite assinar uma procuração para poderem gerir os seus bens financeiros. O Júlio aceita.

- » **Ação expressa de maus-tratos.** Passa-se da ameaça à ação. A ação mais comum pode assumir a forma de espancamentos, relações sexuais forçadas, punições cruéis, roubo, entre outras. Contudo, em grande medida, a palavra também pode ser considerada uma ação expressa no caso de danos psicológicos, como humilhações públicas sistemáticas, infantilização, desprezo, insultos, etc.

CASO

O Manuel tem 92 anos e um declínio cognitivo progressivo. Gosta muito de ir ao centro comunitário ler os jornais em algumas tardes. O ladrar dos cães provoca-lhe pânico. O cuidador que o acompanha à biblioteca chama e atrai voluntariamente os cães para o assustar. Como resultado, o Manuel perde o equilíbrio e já caiu duas vezes. O cuidador explica aos seus familiares que o Manuel não deve sair de casa, que se recusa a acompanhá-lo e que não assume os riscos e danos que possam ocorrer. Consequentemente, o Manuel já não sai de casa.

5.2.3. Tipos de mau trato de acordo com a intencionalidade e a responsabilidade

Na avaliação ética do comportamento de uma pessoa, é preciso ter em conta, juntamente com o conteúdo do ato, questões como as circunstâncias, as consequências e a intencionalidade que teve com a ação ou omissão que praticou. Do ponto de vista do sujeito (deixando de lado aqui as virtudes, que moldam a sua forma moral de ser e que, como vimos, são fundamentais para o bom trato), o decisivo é a intencionalidade, que não é uma variável objetiva, como o dano ou o comportamento, mas sim subjetiva.

Existe culpa ou responsabilidade moral no dano causado quando há intencionalidade efetiva de fazer mal ou omitir um bem à pessoa em situação de dependência de forma voluntária e livre, sabendo que será produzido um dano. No entanto, esta intencionalidade efetiva está sujeita a múltiplas variações, pois nem sempre quando não se tem a intenção de causar dano se está isento de responsabilidade pelo mesmo.

- » **Ignorância não responsável.** É uma situação em que existe um dano objetivo (por ação ou omissão) que viola a dignidade, mas não subjetivo, por estarem reunidas três circunstâncias: não se tem intenção de fazer mal; não se tem consciência de que se faz mal, porque não se entende como mal o que se faz; não se é responsável por esta ignorância em relação ao mal, porque o sujeito



pôs em prática o que estava razoavelmente ao seu alcance para discernir e saber o que é bom e mau para a pessoa de quem cuida. Do ponto de vista moral, não pode ser responsabilizado. Evidentemente, é necessário reconhecer que o dano objetivo existe e que, portanto, existe uma vítima, que solicita ser plenamente atendida com medidas reparadoras e exige a adoção de medidas para garantir que o mau trato não se repita. Ou seja, é necessário qualificar e formar o cuidador ou fornecer-lhe apoios para o cuidado. Em segundo lugar, é preciso detetar se na base da ignorância existe alguma falha, com maior ou menor responsabilidade, de pessoas ou instituições envolvidas no processo de formação e na qualificação do cuidador (veremos que um dos fatores de risco claros é a falta de competência dos cuidadores no caso dos seniores dependentes, especialmente com comportamentos problemáticos). Nestas circunstâncias, podem encontrar-se familiares de seniores com graves limitações para o cuidado, ou profissionais que, erradamente, consideram que estão a prestar uma boa assistência quando, na realidade, o que fazem é, por exemplo, obstinação nos cuidados.

- » **Ignorância responsável.** Podemos falar aqui de maus-tratos, uma vez que existem danos objetivos e subjetivos. Neste caso também não há intenção ou consciência de mal, mas sim responsabilidade por essa ignorância. É o caso das pessoas responsáveis por seniores, mas que voluntariamente se abstêm de adquirir a formação necessária para as tarefas específicas que assumem.
- » **Não ignorância e intencionalidade.** Também existe dano e, além disso, conhecimento e intenção de o fazer. É o comportamento mais claro de maus-tratos em termos de plena responsabilidade da pessoa que pratica a ação causadora de dano. O sujeito sabe que o comportamento implica um dano e, por algum interesse subjetivo, quer ter esse comportamento.
- » **Tolerar os maus-tratos conhecidos.** Colaboração passiva no dano e responsabilidade subjetiva. É o caso de quem tem conhecimento de um mau trato, com consciência clara do dano que está a ser causado, e não faz nada para o evitar ou reparar. A sua inibição torna-se colaboração passiva com o autor do dano, que pode ser legalmente classificada como «omissão do dever de assistência» (Código Penal espanhol, artigos 195.º-196.º).
- » **Não ignorância, mas incapacidade de evitar.** Existe mau trato objetivo, porque há dano, mas não subjetivo, porque não pode ser evitado. A pessoa que tem conhecimento do mau trato encontra-se em circunstâncias que a incapacitam para agir, ou o que faz não acaba com o dano nem o repara. Neste caso há um tratamento indigno, uma pessoa objetivamente maltratada, mas não maus-tratos do ponto de vista do sujeito. Este é o caso, por exemplo, quando a um sénior que presta auxílio a outro são recusados os apoios de que necessita, vendo-se obrigado a diminuir a assistência (de higiene ou muda de fraldas molhadas), com consequências negativas que implicam objetivamente maus-tratos. Neste caso, as responsabilidades são transferidas para as pessoas e instituições que deveriam oferecer colaboração.

5.3. CONSEQUÊNCIAS DO MAU TRATO A SENIORES

A maior parte da literatura sobre o mau trato a seniores centra-se na forma de o detetar e na forma mais adequada de intervir para que deixe de ocorrer. Não obstante, do ponto de vista ético, a prioridade é o apoio às vítimas, para, na medida do possível, reparar o dano causado. Para tal, é imprescindível desenvolver investigações que ajudem a identificar indicadores de mau trato e, posteriormente, intervenções eficazes para eliminar, se possível, as lesões causadas no sénior dependente.

É relativamente fácil estabelecer uma relação direta entre uma lesão física e as suas sequelas subsequentes. Existem alguns indicadores claros de **mau trato físico**, sendo os mais importantes hematomas, cortes, lesões, úlceras por pressão, desnutrição, falta de higiene, administração exagerada de psicofármacos, alopecia difusa, marcas de amarras e um estado de nutrição e hidratação deficitário nos seniores. O último indicador, juntamente com o aparecimento de úlceras de decúbito nos doentes acamados, alerta-nos para a falta de higiene e a imobilização postural.

Os sintomas físicos têm repercussões diretas na saúde, aumentando a morbilidade e a mortalidade dos seniores vítimas de mau trato (Bomba, 2006; Baker, 2007; Sasaki *et al.* citado por Pérez-Rojo, 2008a).

É muito mais complexo estabelecer esta relação quando se trata de **danos psicológicos**. Nestes casos, Tabueña (2006) recomenda a utilização do modelo ecológico explicativo e a avaliação tanto das características como da personalidade da própria vítima, das relações com o meio e das experiências sociais.

Pérez-Rojo (2008a) compila vários estudos nos quais se constata a elevada probabilidade de os seniores maltratados estarem deprimidos e sentirem que têm um mau estado de saúde física e emocional. Por isso, recorrem repetidamente aos serviços de saúde, que, no entanto, têm dificuldade em detetar a existência de mau trato e não exploram essa possibilidade.

Além destes indicadores psicopatológicos, costumam aparecer também indicadores psicossociais, como isolamento, medo, ansiedade, tristeza, desgosto, sentimentos de insegurança, de culpa e de vergonha, impotência, negação, desamparo aprendido, apatia, mal-estar psicológico, ira, desilusão, falta de valor, delírios, medo que os maus-tratos voltem a ocorrer, síndrome de stress pós-traumático, etc. (Yan e Tang, 2004, citado por Pérez-Rojo, 2008a; Baker, 2007; Cohen *et al.*, 2007).

As consequências parecem variar em função do tipo de mau trato sofrido pelo sénior. Comijs *et al.* (1998) referem que alguns seniores que sofrem maus-tratos físicos e psicológicos também reagem de forma agressiva, incluindo com comportamentos graves de autoagressão e heteroagressão se tiverem declínio cognitivo, enquanto as que sofrem apenas maus-tratos físicos tendem a demonstrar medo.

O mau trato resultante de comportamentos de assistência insuficiente, assistência inadequada ou negligência pode causar desorientação, declínio da memória, agitação, letargia e autonegligência ou abandono por parte do sénior em relação aos seus cuidados, não demonstrando qualquer interesse no seu bem-estar e saúde. Nestas situações, o sénior pode mostrar resignação, medo, depressão, confusão mental, ira, ambivalência, ansiedade, baixa autoestima, ideação suicida, distúrbios do sono e stress (Strasser e Fulmer, 1997).

É muito raro que as consequências decorrentes de situações de **mau trato financeiro e sexual** de seniores sejam avaliadas com rigor. Não obstante, as vítimas deste tipo de mau trato podem sofrer uma multiplicidade de sequelas muito mais difíceis de avaliar, mas muito graves, como a depressão e a baixa autoestima, entre outras (Tabueña, 2008).

No caso das mulheres mais velhas, o mau trato está diretamente correlacionado com o stress pós-traumático, ou seja, uma vivência de rutura da própria identidade que gera desorientação, incompreensão e perplexidade e, juntamente com estas, mutismo, provocado pela falta de categorias e de linguagem para expressar a sua vivência. Conforme já dissemos, a impossibilidade de expressar a vivência gera nas vítimas uma situação de isolamento pessoal e social que aniquila o sentido, a esperança e os objetivos, somando-se a isso a rutura progressiva dos vínculos (Buesa e Calvete, 2013). A dificuldade em encontrar as ideias e expressões, isto é, a linguagem, para expressar as vivências traumáticas gera nas pessoas desesperança, no sentido de «Não há saída». Existe apenas a experiência pessoal e incompreensível de «suportar» o sofrimento, o que pode levar a alterações na perceção e, nos casos mais graves, a tentativas autodestrutivas, como o suicídio.

Outras consequências menos graves são o desenvolvimento de comportamentos fóbicos e de evitamento, bem como medo, ansiedade e desintegração social no que diz respeito às suas relações afetivas e de lazer, entre outras (Tabueña, 2006). Os efeitos do abuso sexual nos homens são desconhecidos.

Estas, entre outras consequências, comprovam a gravidade da questão do mau trato a pessoas de idade avançada, e também realçam a necessidade de implementar medidas eficazes com urgência. Durante a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid, 2002), abordou-se explicitamente a questão do mau trato a seniores. Concretamente, no ponto 107 da questão 3, indica-se que «é necessário que os profissionais reconheçam os riscos de abandono, maus-tratos ou violência por parte dos responsáveis, profissionais ou não, pelo cuidado das pessoas mais velhas em casa ou em contextos comunitários ou institucionais». O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas, adotado por todos os países em Madrid, reconhece claramente a importância dos maus-tratos a seniores, colocando-os no contexto dos direitos humanos universais. Desde então, foram implementadas várias estratégias e ações destinadas à sensibilização e consciencialização, à deteção, à prevenção e à intervenção, tanto a nível nacional como internacional.

A OMS (2002), na declaração de Toronto, classificou a violência contra os seniores como um problema de saúde pública e de direitos humanos em todo o mundo. A declaração acaba da seguinte forma: «Não basta identificar os casos de maus-tratos a pessoas mais velhas. Todos os países devem desenvolver estruturas que permitam a prestação de serviços (sanitários, sociais, de proteção legal, policiais, etc.) para responder de forma adequada e, eventualmente, prevenir o problema» (WHO, 2002, p. 3).

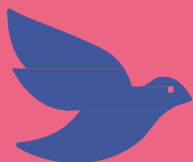
Bom trato

UMA APROXIMAÇÃO NA PERSPETIVA DOS DIREITOS

1
Respeitar os direitos humanos, também no caso dos seniores



2
Direito à liberdade e à autonomia pessoal



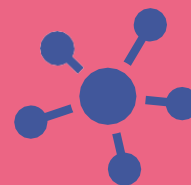
3
Direito à integridade física e psíquica



4
Direito à intimidade e à privacidade nas relações pessoais



5
Direito à cidadania, à participação e à construção do meu círculo social



«Os direitos individuais são o meio de subordinar a sociedade à lei moral.»

AYN RAND

O bom trato a uma pessoa traduz-se no exercício, reconhecimento, respeito e proteção dos seus direitos. Diz-se que a história dos direitos humanos é a história do reconhecimento das necessidades universais, ou seja, das necessidades de todas as pessoas, independentemente da sua situação e condições, acompanhado da exigência de que a sociedade se organize de forma a satisfazer efetivamente essas necessidades. Cabe notar que, por um lado, estas necessidades são objetivas, por oposição a meros desejos subjetivos. Mas, por outro lado, em certa medida, são mutáveis, dependendo das características pessoais dos indivíduos e dos grupos, e da evolução económica, cultural e tecnológica de cada sociedade. Daí a reivindicação do movimento de seniores a favor da promulgação de uma carta de direitos deste grupo pelas Nações Unidas, que obrigue os países signatários ao cumprimento da mesma.

A normatividade e as características destes direitos apresentam vantagens em relação ao avanço do bom trato aos seniores. Uma primeira característica é a sua universalidade. Os direitos humanos são reconhecidos com base na condição de pessoa, refletindo e assegurando valores de forma universal. A sua validade moral, o seu caráter fundamental, a sua exigibilidade e a sua prioridade são outras características que revalidam a conveniência de desenvolver os direitos dos seniores para avançar no seu bom trato, eliminando os maus-tratos. Os direitos identificam, enunciam e garantem as condições básicas de uma vida digna sob a forma de reivindicações justificadas e exigíveis através da sua tripla dimensão: moral, jurídica e política. Por último, são importantes outras duas características: por um lado, o seu caráter assistencial, que exige, além do reconhecimento, os meios e as ações positivas para o seu exercício; e por outro, o seu duplo caráter objetivo institucional e subjetivo ou pessoal.

«Um direito não é algo que alguém nos dá, é algo que ninguém nos pode tirar.»

RAMSEY CLARK





Respeitar os direitos humanos, também no caso dos seniores

Se nos detivermos nas diferenças entre as necessidades universais, reconhecidas como direitos universais, podemos distinguir entre direitos **humanos primários** (também denominados de **civis e políticos**) e **secundários** (**sociais, económicos e culturais**).

Os direitos civis e políticos são considerados «poderes» dos cidadãos, que se concretizam nas iniciativas que estes empreendem. As referências fundamentais neste grupo de direitos são a **liberdade**, entendida como a ausência de coação, e a **autonomia**, entendida como o respeito pelas decisões pessoais. A necessidade a satisfazer é a de deixar as pessoas serem o que são ou podem vir a ser através das suas próprias capacidades, sem serem coercivamente impedidas de o fazer. Por outro lado, os direitos sociais são considerados direitos de «assistência» para suprir as «carências» de cada ser humano, especialmente quando as pessoas vivem situações de dependência, vulnerabilidade, deficiência, exclusão ou falta de proteção. A referência neste segundo grupo é a justiça, entendida como igualdade de oportunidades.

A interdependência entre direitos civis e direitos sociais é evidente, pois em muitos casos é necessário potenciar as capacidades para o exercício da autonomia dos cidadãos (educação para os menores), ou é necessário um conjunto de apoios para evitar problemas de acessibilidade no domínio público (rampas para escadas, sistemas de comunicação alternativos). Os direitos sociais assim previstos tornam-nos iguais em circunstâncias de escolha, ou seja, na possibilidade de exercer direitos civis e políticos em condições de igualdade.

É fácil constatar a dificuldade em desenvolver os direitos no grupo de seniores, tanto no que diz respeito a viverem a sua vida de forma autónoma (direitos civis), quanto a satisfazerem as suas necessidades de carência ou dependência em condições de igualdade (direitos sociais).



Esta dificuldade tem sido sustentada por quatro causas:

- » O desconhecimento de muitos seniores dos seus próprios direitos. Os direitos são pretensões que um indivíduo, alguém, pode fazer a outros para que se faça ou se deixe de fazer algo em relação aos seus interesses ou necessidades. Se a própria pessoa não os reconhece, dificilmente poderá exigí-los e, conseqüentemente, não terá consciência disso quando estes não forem respeitados ou protegidos.
- » A dificuldade no reconhecimento social da igual dignidade dos seniores, especialmente daqueles com graves deficiências físicas e mentais.
- » O modelo assistencial de intervenção, centrado na «patologia» que é preciso «curar» e não na pessoa a quem se devem dar apoios e cujos direitos devem ser respeitados para que possa ter uma vida plena e feliz em igualdade.
- » A prevalência dos direitos civis e políticos entendidos como direitos de pessoas autónomas, com capacidade para uma vida livre e responsável, mas não daquelas que têm uma capacidade limitada ou diminuída.

A *Carta de São José sobre os direitos dos idosos na América Latina e no Caribe* (CEPAL-ONU, 2012) constitui o maior avanço no modelo de direitos em relação aos seniores. Importa mencionar também como de interesse a *Carta de direitos das pessoas idosas da Europa*, elaborada pela Federação Europeia para as Pessoas Idosas (EURAG, 1975), bem como as cartas dos direitos dos seniores vigentes no Reino Unido, na Irlanda e na Bélgica. Do mesmo modo, a Plataforma Europeia AGE, que reúne 150 organizações europeias para a defesa dos seniores, elaborou uma carta europeia dos direitos e responsabilidades dos seniores (AGE, 2001), que realça a obrigação de preservar a sua autonomia nas decisões e a sua participação social, recebendo os apoios necessários para o efeito.

Tanto o movimento latino-americano como o europeu visam a criação de uma declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos seniores no mundo, para alcançar uma influência legislativa nos Estados semelhante à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O certo é que, desde 2013, quando o Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas decidiu estabelecer o mandato de uma especialista independente (Rosa Kornfeld-Matte) em relação ao exercício de todos os direitos humanos pelas pessoas idosas (Resolução 24/20, de 27 de setembro de 2013), existe uma crescente sensibilização impulsionada pelos relatórios anuais das Nações Unidas sobre as situações de violação dos direitos dos seniores no mundo.

A promoção do reconhecimento dos direitos dos seniores está a ser considerável graças ao desenvolvimento do modelo de **envelhecimento saudável** da OMS, definido como um processo de otimização das oportunidades de saúde individual e de grupo, de participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

Embora não exista uma carta de direitos específica dos seniores, as Nações Unidas adotaram, no dia 16 de dezembro de 1991, uma resolução que reunia os **Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas** (Resolução 46/91). Esses princípios são os seguintes:

Independência

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

Participação

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

Assistência

- 10.** Os idosos devem beneficiar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade.



11. Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças.
12. Os idosos devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respetiva autonomia, proteção e assistência.
13. Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.
14. Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e intimidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.

Realização pessoal

15. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial.
16. Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.

Dignidade

17. Os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.
18. Os idosos devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.

Para o presente trabalho, centrado no desenvolvimento do bom trato aos seniores e na prevenção do mau trato, centrar-nos-emos no quadro legislativo espanhol e nos direitos exigíveis a partir da perspetiva ética anteriormente exposta. Em particular, analisaremos os seguintes:

- » O direito à liberdade e à autonomia pessoal, que está estreitamente relacionado com o direito à informação, à privacidade, à confidencialidade e às orientações prévias.
- » O direito à integridade física e psíquica, estreitamente relacionado com o direito à saúde, à assistência médica e ao apoio em situação de dependência.
- » O direito às relações pessoais, íntimas e pessoais satisfatórias.
- » O direito à participação social e ao exercício da cidadania.

Direito à liberdade e à autonomia pessoal

2.1. LIBERDADE, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

O direito à liberdade está consagrado como direito fundamental na Constituição espanhola (doravante, CE). Especificamente, o artigo 17.º estabelece que: «Todas as pessoas têm direito à liberdade e à segurança. Ninguém pode ser privado da sua liberdade, exceto em conformidade com o disposto no presente artigo e nos casos e na forma previstos na lei». Os direitos são especificados noutros artigos mais adiante. Assim, o artigo 16.º reconhece o direito à liberdade religiosa, de culto e de crença; o 19.º a liberdade de residência e de livre circulação; o 20.º reconhece o direito à liberdade de expressão; o 21.º a liberdade de reunião; o 38.º reconhece a liberdade de empresa...

Todos estes artigos falam da **liberdade como direito negativo**, ou seja, como o direito a não ser limitado na própria liberdade com qualquer tipo de coação e, obviamente, a única limitação a este direito é a intromissão de outras pessoas na liberdade ou nos direitos.

É com a teoria kantiana da autonomia que este conceito adquire o seu principal significado na filosofia e na ética, como a «possibilidade de o ser humano se determinar a si próprio em virtude da sua capacidade racional» (Conill, 2013). Neste sentido, a autonomia refere-se, porém, à **liberdade no sentido positivo**, ou seja, à capacidade que as pessoas têm de adotar uma atitude e propor objetivos (bons) para a sua própria vida, julgando com base nos mesmos a moralidade das decisões e das ações, tanto próprias quanto alheias. A autonomia está sempre associada, em primeiro lugar, à responsabilidade pela própria vida e pelo projeto pessoal e, em segundo lugar, à perspectiva relacional da autonomia e à responsabilidade pelas consequências das decisões e ações pessoais para as outras pessoas, e mesmo para a realidade global (animais, ambiente, gerações futuras, etc.).

Importa lembrar que a autonomia pessoal é sempre interdependente, ou seja, todas as pessoas precisam de apoios, quer para tomar decisões (informação compreensível, por exemplo), quer para executar tais ações.



Quando falamos do direito à autonomia pessoal dos seniores, referimo-nos à possibilidade de viverem de acordo com a sua própria forma de ser e de poderem continuar o seu desenvolvimento biográfico e histórico, alcançando uma vida realizada. Consequentemente, necessitam de apoios para desenvolver capacidades, ambientes que permitam a interação e a inclusão, e relações satisfatórias que permitam atingir os próprios objetivos.

Para tal, é necessário empoderar a pessoa, tornando-a protagonista e responsável pelas suas decisões, comportamentos, bem-estar e, em última análise, pela sua qualidade de vida. Situamo-nos assim no quadro privado e intersubjetivo, onde prevalecem o corpo, a saúde, as propriedades pessoais, as relações afetivas e sexuais e a própria vida.

«Atualmente, as pessoas preocupam-se exclusivamente com os seus direitos. Lembrá-las de que também têm deveres e responsabilidades é um ato de coragem que não compete exclusivamente aos políticos.»

UNAMUNO

Este quadro verifica-se sobretudo no ambiente familiar e de amizade, onde as pessoas confiam que lhes sejam disponibilizados os recursos necessários para serem elas próprias e terem uma vida autorrealizada (importante o «auto»), e não apenas realizada ou sem patologias.

Na Lei espanhola 39/2006, de 14 de dezembro de 2006, relativa à promoção da autonomia individual e à assistência às pessoas dependentes (doravante, LPAPAD), o desenvolvimento da autonomia pessoal surge como um dos pilares de uma assistência adequada a este grupo: «A assistência às pessoas em situação de dependência e a promoção da sua autonomia pessoal constituem um dos principais desafios da política social nos países desenvolvidos. O desafio não é outro senão o de responder às necessidades das pessoas que, por se encontrarem numa situação de especial vulnerabilidade, necessitam de apoios para desenvolver as atividades essenciais da vida diária, alcançar uma maior autonomia pessoal e poder exercer plenamente os seus direitos de cidadania» (número 1 da exposição de motivos).

O conceito de **dependência** da LPAPAD está associado ao de autonomia e, concretamente, é concebido como uma ausência da mesma. Vejamos as duas definições tal como constam do artigo 2.º:

» Autonomia (art.º 2.1.): «A capacidade de controlar, enfrentar e tomar, por iniciativa própria, decisões pessoais sobre como viver de acordo com as normas e preferências próprias, bem como de desenvolver as atividades básicas da vida diária».

- » Dependência (art.º 2.2.): «O estado de carácter permanente em que se encontram as pessoas que, por motivos relacionados com a idade, a doença ou a incapacidade, e associados à falta ou perda de autonomia física, mental, intelectual ou sensorial, precisam da assistência de outra ou outras pessoas, ou de apoios importantes para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD) ou, no caso das pessoas com deficiência intelectual ou doença mental, de outros apoios para a sua autonomia pessoal». A primeira parte da definição parece coincidir (exceto no que se refere ao seu carácter permanente) com a definição de dependência proposta pelo Comité do Conselho de Ministros do Conselho da Europa em 1998: «Estado em que se encontram as pessoas que, por motivos relacionados com a falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou apoios significativos para realizar as ações normais da vida quotidiana e, particularmente, as referentes aos cuidados pessoais» (citado por Martínez Maroto, 2009).
- » Do mesmo modo, define também as «necessidades de apoio para a autonomia pessoal: as exigidas pelas pessoas que têm deficiência intelectual ou mental para atingir um grau satisfatório de autonomia pessoal no seio da comunidade» (art.º 2.4.).

Conforme salienta o professor Seoane: «Não se pode tampouco identificar autonomia com independência, ignorando os vínculos que constituem os nossos pressupostos biográficos e que delimitam as nossas possibilidades de escolha e de ação. Também não faz sentido conceber a autonomia como uma questão puramente individual, pois ela só faz sentido e só pode ser garantida no seio de uma determinada sociedade e com o apoio de outras pessoas e instituições. A autonomia é, em suma, uma noção relacional, contingente e graduável e, como tal, deve ser interpretada e protegida pelo direito» (Seoane, 2013, p. 14).

Para uma correta compreensão do conteúdo da LPAPAD, consideramos muito esclarecedora a diferenciação de três dimensões da autonomia entendidas como um *continuum* (Seoane, 2013, p. 30):

- » **Autonomia funcional.** «Significa agir ou abster-se de agir (*libertas exercitii*) e poder fazer uma coisa ou outra (*libertas specificationis*)» (Seoane, 2011, p. 30). Refere-se, portanto, à capacidade de concretizar por si próprio as decisões tomadas.
- » **Autonomia informativa.** Consiste na capacidade de dispor e controlar as informações de carácter pessoal, íntimo, privado e público, de modo que a pessoa possa decidir por si própria quando e em que condições deve divulgar informações pessoais a outros agentes (profissionais, familiares, administração, etc.).



» **Autonomia decisória**, também denominada «autonomia moral». Refere-se à liberdade de escolha de uma pessoa, ou seja, à sua capacidade para deliberar e decidir entre várias possibilidades.

O princípio da autonomia refere-se principalmente (mas não exclusivamente) à autonomia decisória, ou seja, ao respeito pelas decisões que a pessoa toma de forma livre e responsável, de acordo com os seus próprios valores e identidade pessoal, e ao requisito ético de prestar o apoio necessário para que possa exercê-la. Dizemos «não exclusivamente» porque as três dimensões da autonomia estão claramente interligadas. Se uma pessoa não tiver autonomia informativa, ou seja, se desconhecer informações sobre a sua situação, ou se, dispondo destas informações, não as compreender (quer por lhe ter sido facultada de modo incompreensível, quer por ela própria se encontrar numa situação emocional ou de limitação cognitiva que a impeça de a compreender e avaliar corretamente), sem apoio dificilmente atingirá uma autonomia decisória que lhe permita responsabilizar-se pela questão ou pelos aspetos sobre os quais está a decidir. O mesmo se aplica à autonomia denominada «funcional». Se uma pessoa não tiver os apoios necessários para a sua autonomia funcional (um assistente que lhe permita fazer uma viagem de avião, ou uma plataforma elevatória que lhe permita subir ao palco), dificilmente tomará a decisão de assistir a um congresso noutra país ou de ser oradora no mesmo.

Embora as três autonomias acima mencionadas intervenham no bom trato aos seniores, são particularmente importantes as duas últimas, a informativa e a decisória, que, por sua vez, estão relacionadas, pois não existe autonomia decisória se não houver informação compreensível suficiente sobre o que se deve decidir.

2.2. DIREITOS ASSOCIADOS À AUTONOMIA PESSOAL

O exercício da autonomia decisória ocorre num processo em que devem estar reunidas três condições:

- » Informação suficiente e compreensível sobre a situação e as alternativas, com as consequências previstas de cada uma delas.
- » Voluntariedade entendida como ausência de coação ou ameaça (interna ou externa) ou manipulação.
- » Capacidade para deliberar e decidir de acordo com os seus próprios valores e metas pessoais.

Assim, o bom trato, entendido como o respeito e apoio à autonomia pessoal, implica necessariamente o exercício de outros direitos:

- » O **direito à informação** verídica, suficiente e compreensível, pelo que a mentira ou a recusa em informar a pessoa sobre o que lhe diz respeito pode ser considerado um tratamento inadequado.
- » O **direito à liberdade**, entendida como ausência de coações, ameaças, manipulações, etc., que impeçam de decidir livremente e que podemos considerar mau trato, ainda que sejam feitas com boa intenção.
- » O **direito ao consentimento informado**, ou seja, a aceitar ou recusar mudanças significativas para a vida da pessoa (mudança de domicílio, gestão dos bens pessoais, etc.).

No que diz respeito ao direito ao consentimento informado, existem três cenários ou modalidades de exercício da autonomia moral em relação ao mesmo:

- » A decisão da pessoa capacitada para o momento presente após receber as informações relevantes.
- » A decisão do sénior capacitado para um momento futuro de incapacidade, através de planeamento antecipado. Esta situação está prevista também na legislação espanhola para as decisões no domínio da saúde, reconhecida como o **direito a orientações prévias**.
- » A decisão durante a incapacidade, que conduz às decisões de representação ou substituição que os representantes legítimos da pessoa tomarão por ela, caso tenha exercido previamente o seu **direito à autotutela** ou à concessão de poderes para a gestão dos seus bens ou propriedades.

O respeito pela autonomia dos seniores exige àqueles com quem se relacionam:

- » Ter a autorização ou o consentimento dos destinatários da nossa relação para aceder à sua vida privada. O **direito à privacidade, à intimidade e à confidencialidade** é uma consequência da obrigação de respeitar a autonomia das pessoas.
- » Evitar não só imposições ou coações aos seniores, mas também logro e manipulações, pois implicam uma diminuição da sua capacidade de serem responsáveis morais. O respeito pela autonomia leva à eliminação de qualquer obstáculo que impeça as pessoas de tomarem decisões voluntárias e livres.
- » Facultar informações compreensíveis e completas sobre a situação problemática que a pessoa vive, bem como sobre as alternativas existentes para essa situação, fornecendo as informações de forma compreensível e através dos sistemas de comunicação necessários, para que a pessoa compreenda com essas informações os seus riscos e benefícios. A pessoa poderá, de forma autónoma, no seu presente, decidir antecipadamente como gerir a sua vida em determinadas situações futuras ou, pelo menos, expressar quem deseja que a represente quando a sua autonomia se vir reduzida. As orientações prévias ou vontades antecipadas, bem como as decisões de representação, tornam-se uma forma de exercer a autonomia moral.



- » Facultar apoios, intervenções e recursos para facilitar a compreensão, a escolha e a expressão das próprias decisões.

Quando a pessoa não é capaz de tomar decisões autónomas, o direito à liberdade não desaparece. O bom trato à pessoa significa gerir a sua vida privada de acordo com a sua maneira de ser, o que implica conhecer os valores, os gostos e as obrigações morais de cada pessoa. Daí a especial importância da proteção da identidade pessoal por parte dos familiares e pessoas próximas do sénior. Caso seja necessário substituir as decisões da pessoa, as opções escolhidas devem ter em conta os seus valores. Ou, por outras palavras, o critério correto seria decidir o que ela teria decidido se tivesse sido capaz de o fazer.

É evidente que os nossos valores, crenças e decisões mudam ao longo da vida. A experiência de conhecer as consequências (nem sempre positivas) das nossas decisões leva-nos a modificar os nossos valores ou, pelo menos, a sua hierarquia. Sabemos que o envelhecimento é um processo que implica limitações, mas também conhecimentos que adquirimos através da experiência. É frequente que experiências significativas, como deixar de trabalhar, aceitar novos limites e possibilidades, deixar de ter responsabilidades ou assumir novos compromissos com outras pessoas, conduzam ao surgimento de novas necessidades ou à emergência de necessidades latentes. Por isso, não é raro que as pessoas mudem algumas das suas decisões, e mesmo crenças e opiniões, na velhice. Assim, não é ética nem juridicamente correto substituir-se a um sénior na tomada de decisões enquanto este continuar a ser capaz de as tomar por si próprio, e devem permitir-se mudanças nas decisões, que podem ser inesperadas, mas devem ser respeitadas.

2.3. LIMITES DO DIREITO À AUTONOMIA PESSOAL

Todos os direitos têm exceções, porque embora sejam universais (para todas as pessoas), não são absolutos, ou seja, nem sempre têm de ser respeitados. O direito à autonomia das decisões apresenta as seguintes limitações:

- » O dano ou risco de dano importante para outras pessoas. Por exemplo, a determinação de recusar certos tratamentos que põem em risco a saúde de terceiros.
- » A exigência ou pedido de prestações injustas, por significarem uma clara discriminação em relação a outras pessoas. Por exemplo, a exigência de apoios que não são necessários e que implicam a utilização ou exploração de outras pessoas, sejam elas familiares, pessoas próximas ou profissionais.

- » A falta de capacidade para a tomada de decisões. Neste caso, será avaliado se a situação é urgente, porque implica um risco grave para a própria pessoa, em cujo caso devem ser os seus representantes a decidir, ou se é possível esperar até que a pessoa recupere ou melhore a sua capacidade para tomar a decisão, em cujo caso serão prestados apoios à autonomia antes de a substituir.
- » A recusa da pessoa em receber as informações ou em delegar voluntariamente as suas decisões aos seus representantes.
- » A obrigação legal da qual decorrem determinadas obrigações em virtude do bem de outras pessoas ou do bem comum. Por exemplo, pagar impostos.

Não devemos esquecer que o bom trato exige o respeito pelas decisões autónomas dos seniores, mas também impedir que tomem decisões em situações de falta de autonomia ou de autonomia limitada, colocando em risco outros direitos. Caso um sénior apresente uma situação permanente de falta de autonomia que lhe impeça a autodeterminação e a gestão dos seus direitos, o bom trato implicará proteger os seus direitos e, se necessário, protegê-lo de si próprio através da nomeação de um tutor.



Direito à integridade física e psíquica

O reconhecimento da igual dignidade de todos os seres humanos exigiu e continua a exigir os desenvolvimentos legais necessários para assegurar a sua proteção nas circunstâncias em que possa estar em risco. Este facto é reconhecido na própria Constituição espanhola e em várias leis espanholas, como as referentes à assistência médica (Lei geral da saúde 14/1986, de 25 de abril de 1986, e Lei básica 41/2002, de 14 de novembro de 2002, que regula a autonomia do doente e os direitos e obrigações em matéria de informação) e as referentes aos serviços sociais (LPAPAD).

O direito à integridade psíquica e física tem um duplo conteúdo. No sentido negativo, refere-se ao facto de não nos tirarem a saúde. No sentido positivo, exige a disponibilização de recursos sociais e de saúde para que uma pessoa recupere a saúde ou a funcionalidade se sofrer de uma deficiência.

O **direito à saúde** no seu sentido negativo (que não nos seja retirada) corresponde à exigência de que não nos causem dano, conforme previsto no artigo 147.º do Código Penal espanhol (ofensa à integridade física). O bom trato exige sempre que não se prejudique a saúde (física ou psíquica) de um sénior, embora, como vimos, nem sempre exista responsabilidade nos comportamentos que originam um dano.

A Constituição da OMS afirma: «O exercício do direito ao mais elevado nível possível de saúde constitui um dos direitos fundamentais de cada ser humano». Exige um conjunto de critérios sociais que promovam a saúde de todas as pessoas, como um alojamento adequado, alimentação nutritiva, relações satisfatórias, participação e inclusão social, etc. Inclui-se também o direito das pessoas a controlarem a sua saúde e o seu corpo (direitos sexuais) sem interferências (torturas, experiências médicas e tratamentos não consentidos, etc.).

No sentido positivo, o direito à saúde inclui o direito de acesso a um sistema de proteção da saúde que ofereça a todas as pessoas as mesmas oportunidades de desfrutar do mais elevado nível de saúde possível e o **direito à assistência médica** quando a saúde se perde ou se fragiliza. O direito à assistência médica, previsto na Lei Geral da Saúde espanhola, esteve associado à Segurança Social até à entrada em vigor do Real Decreto-lei espanhol 7/2018, de 27 de julho de 2018, sobre o acesso universal ao sistema nacional de saúde, que representa uma mudança radical ao reconhecer este direito como universal, independentemente do pagamento ou não de contribuições à Segurança Social.

Os seniores sofrem várias formas de discriminação no acesso aos serviços de saúde, como alerta a OMS, principalmente devido ao idadismo (discriminação em função da idade), sustentado pela perda de valorização social do sénior e pela falta de conhecimentos específicos sobre as doenças próprias da idade.

A promoção da saúde dos seniores é, sem dúvida, um elemento constitutivo do bom trato a este grupo, um bom trato exigível por lei. De acordo com a definição adotada pela OMS, o **envelhecimento saudável** pode ser entendido como «o processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, mental e social durante toda a vida, com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice». Uma cultura de envelhecimento saudável deveria fomentar e apoiar: *a)* a manutenção da atividade física e mental, através da participação dos seniores nas esferas económica, social, cultural e política; *b)* o acesso a serviços de aconselhamento que permitam antecipar, na medida do possível, o processo de tomada de decisões para envelhecer bem; e *c)* a diminuição do sofrimento por deficiências relacionadas com doenças crónicas, reduzindo a dependência dos serviços de saúde e sociais.

Além da assistência médica, o direito à integridade física e psíquica inclui também o **direito subjetivo à assistência na dependência**, ou seja, a receber apoios para poder levar a cabo a vida quotidiana. Trata-se de poder cobrir as necessidades deficitárias para poder realizar as atividades básicas da vida diária, ou para desenvolver a autonomia pessoal, conforme contemplado na LPAPAD e nas leis regionais sobre serviços sociais.

A LPAPAD inclui claramente, no termo «autonomia», tanto a autonomia funcional (realizar atividades da vida diária sem apoio) como a decisória



(capacidade de controlar, enfrentar e tomar, por iniciativa própria, decisões pessoais sobre como viver de acordo com as normas e preferências próprias).

A avaliação da dependência é efetuada através de uma escala comum em todo o Estado, estabelecida no Real Decreto 174/2011, de 11 de fevereiro de 2011, que aprova a escala de avaliação da situação de dependência (BVP) e que inclui três aspetos: as capacidades e limitações da pessoa para realizar as ABVD; o motivo pelo qual não pode realizar determinadas atividades e o grau de supervisão ou apoio que necessita para realizar essas atividades.

Uma boa abordagem para compreender este direito à assistência na dependência pode passar pela compreensão da deficiência como um conceito gradual em função da redução que implique para o desenvolvimento de um projeto pessoal. Assim, algumas condições serão apenas «desvantagens» e não deficiências. Esta abordagem está de acordo com a definição de deficiência da OMS (2001), que a considera uma diminuição das capacidades de uma pessoa que pode dever-se a um ou vários dos seguintes níveis:

- » O **nível das deficiências** em órgãos ou funções da pessoa (diminuição da capacidade cognitiva na demência, da capacidade sensorial, da capacidade intelectual, etc.).
- » O **nível da limitação na atividade** ou disfunção que pode gerar ou não essa deficiência, em virtude de existirem os apoios necessários (uma deficiência na linguagem verbal não tem de gerar uma disfunção se a pessoa tiver à sua disposição um sistema alternativo de comunicação e tiver desenvolvido capacidades para a utilização do mesmo).
- » O **nível das restrições na participação** e, por conseguinte, discriminação, quer na participação na tomada de decisões sobre a própria vida, quer na participação na vida social (uma pessoa sénior nascida numa aldeia basca que não fala castelhano sem um tradutor de basco no hospital onde é tratada).

A dependência será a necessidade de apoio externo para a gestão da vida quotidiana pessoal e social da pessoa sénior, caso se verifique uma ou mais das situações de deficiência acima referidas. É óbvio que esta compreensão da dependência não pretende homogeneizar, nem em características, nem em necessidades, nem em capacidades, os seniores dependentes (como a ausência das mesmas não permite homogeneizar as pessoas independentes), nem serve para isso. A dependência é, portanto, um processo dinâmico e mutável; um fenómeno multidimensional afetado pela

interação de fatores físicos, emocionais, intelectuais, relacionais, sociais, jurídicos, económicos, etc. A dependência, à luz deste modelo, não é um traço distintivo ou um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições pessoais e sociais que exigirão um apoio pessoal em função do projeto de vida de cada pessoa sénior e das dificuldades que tenha (pessoais ou contextuais) para avançar nesse percurso. Não se trata de lutar apenas contra as barreiras arquitetónicas, colocando elevadores nos centros comunitários, mas também, e sobretudo, contra as barreiras sociais e culturais.

O bom trato aos seniores exige que os poderes públicos assegurem o apoio integral às necessidades no âmbito social e sanitário das pessoas ao longo de toda a vida, atendendo tanto às suas necessidades de saúde física e psíquica como aos seus níveis de dependência para as ABVD. Para o efeito, é necessário assegurar a adequada promoção e prestação de serviços destinados a:

- » Fomentar hábitos de vida relacionados com a saúde, a alimentação saudável e o exercício físico, evitando o sedentarismo, o tabaco e outras drogas, em especial o consumo excessivo de álcool.
- » Proteger a saúde através da prevenção de quedas e outros acidentes, evitando situações de risco.
- » Prestar serviços de cuidados de saúde de qualidade a curto e longo prazo baseados na definição de objetivos terapêuticos adequados à funcionalidade e às preferências dos doentes.
- » Conferir acesso universal a serviços de saúde mental e oral adaptados às necessidades da população idosa.
- » Prestar os apoios necessários, tanto pessoais como no meio, que permitam aos seniores dependentes terem as suas necessidades atendidas e participarem na vida social.



Direito à intimidade e à privacidade nas relações pessoais

A intimidade baseia-se na diferenciação entre a esfera pública e a esfera privada no que respeita aos espaços de atividade e às relações que todas as pessoas mantêm ao longo da vida. Pode ser definida como o que há de mais privado do ser humano, o que a pessoa guarda para si própria ou, por extensão, para o seu círculo de pessoas de maior confiança. O íntimo inclui sentimentos, crenças, formas de pensar, informações sobre a saúde e outras questões pessoais como o corpo, a sexualidade, as relações interpessoais, etc.

O privado diz respeito aos assuntos pessoais e particulares de cada indivíduo e ao seu círculo pessoal mais próximo, que cada pessoa tem o direito de proteger de qualquer intromissão. Refere-se ao que não pertence ao domínio público.

A proteção da intimidade decorre do reconhecimento da necessidade e do direito das pessoas de proteger a sua vida privada, e tudo o que a constitui, de interferências não autorizadas de outras pessoas. Além disso, é também um direito fundamental garantido pela Constituição espanhola (art.º 18.º) para todas as pessoas, independentemente da sua capacidade para a tomada de decisões. Deve ser entendido em sentido lato, pois abrange tanto a esfera íntima como a esfera privada.

O respeito pelo direito à intimidade implica uma atitude determinada que se traduz no reconhecimento da outra pessoa como um ser valioso com uma vida privada própria.

Este respeito inclui o reconhecimento do direito, bem como o estabelecimento de medidas e ações que visem garantir o seu exercício e prevenir situações que o coloquem em risco, contemplando a equidade necessária para a sua proteção em cada contexto de assistência.

O bom trato em matéria de proteção da intimidade evita que, em determinados cuidados ou relações (higiene, exploração corporal, relações íntimas ou sexuais, etc.) que incidem diretamente na intimidade das pessoas, estas se possam sentir invadidas, ameaçadas, incomodadas, apressadas, envergonhadas ou humilhadas e, conseqüentemente, sintam mal-estar e sofram. Inclui aspetos de comunicação verbal e não verbal, e é exercida através do desenvolvimento de diferentes atitudes como a empatia, a consideração positiva, a autenticidade e a aceitação incondicional.

Quando os seniores se sentem pressionados ou sentem que se está a invadir a sua privacidade, reagem. As suas reações, diversas, podem manifestar-se através de mudanças de comportamento e de personalidade: resignação (por medo de represálias ou zangas, tornando-se mais submissos e dependentes), ansiedade ou depressão, protesto e reivindicação de direitos, hostilidade em relação ao meio e aos outros, etc.

Uma das conseqüências mais negativas da invasão reiterada da privacidade do sénior é o desenvolvimento do desamparo aprendido (a pessoa aprende que o seu comportamento não é eficaz para controlar o seu ambiente), o que se traduz em inatividade e depressão. «Não sirvo para nada», «Toda a gente me leva para cá e para lá», «Tratam-me como um trapo velho»... são algumas das frases que evidenciam esta situação.

Para desenvolver o respeito numa relação profissional de apoio, é fundamental criar uma relação de confiança, bem como procurar e proteger o bem-estar físico e emocional da pessoa, proporcionando um tratamento adequado ou bom trato.

■ 4.1. TIPOS DE INTIMIDADE

É possível distinguir diferentes géneros ou tipos de intimidade. Em relação aos seniores, é necessário ter especial atenção à proteção de alguns deles:

» **Intimidade corporal ou física.** Refere-se à limitação no acesso ao próprio corpo por parte de outras pessoas. Inclui o acesso físico e visual. A proteção da intimidade corporal exige que o acesso ao corpo seja feito com o consentimento da pessoa e que se evitem situações que gerem pudor excessivo. A sua proteção requer uma esfera privada protegida de interferências externas e uma atenção especial nos diferentes contextos culturais.



- » **Intimidade informativa.** Diz respeito à obrigação de confidencialidade em relação ao direito à proteção das informações pessoais. Refere-se, portanto, ao acesso limitado às informações pessoais e à obrigação de sigilo quando os seniores partilham algo que não querem que outras pessoas saibam. Está também relacionada com o tratamento correto da informação, evitando comentários ofensivos ou inapropriados sobre pessoas ou situações. A sua proteção exige a garantia de uma esfera privada protegida contra interferências externas.
- » **Intimidade decisória.** Refere-se à necessidade de intimidade em determinados processos de tomada de decisões. A sua proteção requer uma esfera privada protegida contra intromissões externas, espaço e tempo a sós ou na companhia de pessoas escolhidas pela pessoa sénior, bem como uma atenção especial e respeito pelos valores e emoções presentes nestes processos.
- » **Intimidade espacial.** Refere-se ao território que constitui a esfera privada (domicílio, quarto, etc.), incluindo tanto os espaços como os objetos. A intimidade espacial é importante para garantir a manutenção das relações interpessoais e o desenvolvimento de atividades privadas, bem como para proteger aspetos relacionados com a personalidade (ideias, sentimentos, valores). A inviolabilidade do domicílio está ligada ao direito à intimidade das pessoas, pois protege a área onde se encontram, isolada do exterior e de olhares alheios, e onde exercem a sua liberdade, podendo realizar as suas atividades mais pessoais e íntimas. Alguns objetos estão relacionados com assuntos privados, e até muito íntimos, pelo que devem ser protegidos contra o acesso por outras pessoas. Certos elementos fazem parte da nossa vida e das nossas recordações e têm um valor sentimental importante. Por vezes, têm que ver com a maneira de ser, com as relações ou com os interesses da pessoa sénior, e esta não quer que saiam da sua intimidade, pelo que devem ser respeitados, mesmo após o seu falecimento.
- » **Intimidade relacionada com a personalidade.** Refere-se ao acesso limitado e ao tratamento respeitoso dos diferentes aspetos que configuram a personalidade do indivíduo (pensamentos, ideias, crenças, sentimentos, valores, etc.). A intimidade relacionada com a personalidade pode ser entendida como uma parte presente noutros tipos de intimidade (informativa, decisória e corporal), e também como a soma de todos eles.

4.2. A INTIMIDADE E A SUA RELAÇÃO COM OUTROS DIREITOS: IMAGEM E HONRA

Embora concetual e juridicamente a intimidade, a imagem e a honra sejam direitos independentes, estão estreitamente relacionados, pois todos estão associados ao reconhecimento da dignidade do ser humano.

A imagem pessoal e a honra de uma pessoa podem ser lesadas se o acesso à sua intimidade for permitido de forma indiscriminada, ou se as intervenções realizadas a objetificarem ou a reduzirem aos seus défices e necessidades de dependência, esquecendo ou ignorando a sua identidade e capacidades pessoais.

Por conseguinte, no que diz respeito ao bom trato aos seniores, consideramos relevante abordar estes dois direitos na sua relação com a proteção da intimidade.

A **imagem** refere-se à aparência de cada pessoa, que a configura e identifica como alguém único, especial e diferente dos outros.

É a forma como nos expressamos e como nos mostramos às outras pessoas. Afeta a perceção própria (autoimagem) e também tem impacto nas oportunidades de relação social. A imagem pessoal cumpre estas funções independentemente do estado e da capacidade decisória da pessoa.

A própria imagem é um direito fundamental protegido pela Constituição espanhola (art.º 18.º) para todas as pessoas, independentemente da sua capacidade para a tomada de decisões. Cada pessoa é dona da sua própria imagem e tem o direito de escolher como se vestir e como se mostrar a si própria e ao seu meio, mantendo o controlo sobre a sua aparência. O proprietário das imagens de qualquer pessoa (fotografias, vídeos, etc.) é a própria pessoa e, conseqüentemente, ela tem o direito de controlar a divulgação das mesmas. As pessoas em situação de dependência também têm o direito de decidir e controlar a sua aparência e a difusão da sua imagem. A divulgação de documentos que contenham imagens pessoais suas exige o seu consentimento expreso.

Um aspeto muito importante para fomentar o bom trato aos seniores é melhorar a sua imagem social, especialmente nos meios de comunicação, redes sociais, sessões de formação, etc. Certas imagens fomentam os estereótipos e a discriminação social. Disponibilizar imagens positivas dos seniores contribui para o reconhecimento da sua dignidade e para o respeito, protege a sua honra e previne a discriminação.



Quando são elaborados documentos ou reportagens sobre seniores que se destinam a ser publicados, é necessário:

- » Formar e informar os meios de comunicação ou as pessoas a título particular antes de tirarem fotografias, gravarem vídeos ou fazerem uma reportagem. Sublinhar a importância de uma imagem positiva e da necessidade de consentimento das pessoas envolvidas. Pode ser útil organizar reuniões prévias ou comunicar estas recomendações por escrito.
- » Informar os seniores sobre a finalidade e o motivo da divulgação, os meios de comunicação onde será divulgada e a repercussão que poderá ter. No caso da imprensa, meios de comunicação e redes sociais, devem estar conscientes de que as imagens passam a integrar os arquivos e podem ser reutilizadas após alguns anos (e a sua vida pode ser diferente nessa altura).
- » Cuidar o tratamento da imagem dos seniores. Não devem ser divulgadas informações, fotografias ou vídeos que mostrem comportamentos íntimos. É necessário evitar tratamentos pejorativos, que provoquem pena ou transmitam uma imagem negativa deste grupo.
- » Pedir autorização às pessoas com antecedência suficiente para que tenham a possibilidade de se preparar e mostrar a imagem que pretendem.

Por último, é muito importante sensibilizar e alertar os seniores sobre os riscos da partilha ou divulgação de informações pessoais ou imagens suas e de terceiros (redes sociais, WhatsApp...), ajudando-os a antecipar e avaliar as repercussões que esta ação poderá ter.

A **honra** refere-se à estima da pessoa na e pela sociedade. É construída dando a conhecer as características e ações da pessoa que contribuem para o seu bom nome, reputação, honra ou consideração social.

A honra é um direito fundamental protegido pela Constituição espanhola (art.º 18.º) para todas as pessoas, independentemente da sua capacidade para a tomada de decisões.

A consideração de algo como honroso ou desonroso pode variar significativamente dependendo do género e do contexto cultural. O cuidado e o aspeto da habitação podem afetar a honra pessoal e familiar. Em sociedades tradicionais, afeta principalmente a reputação das mulheres mais velhas (a perceção de uma «casa descuidada» pode prejudicar a reputação da pessoa que nela reside). As visitas recebidas também podem afetar a honra. Uma visita ao domicílio pode ser «prestigiante» ou, pelo contrário, «embaraçosa», se revelar à vizinhança e à sociedade aspetos de deterioração ou perda de capacidades do indivíduo.

4.3. BOM TRATO E INTIMIDADE NA ASSISTÊNCIA A SENIORES EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

As atividades relacionadas com os cuidados, e em especial as que se prendem com a higiene, comprometem, em maior ou menor grau, a intimidade das pessoas. A exposição do corpo durante o apoio prestado nos cuidados pessoais pode ser vivida como uma ameaça, ou mesmo como uma agressão, que pode gerar um dano psicológico (mau trato psicológico) e também sexual, como veremos mais adiante.

O conhecimento de cada pessoa sénior em situação de dependência temporária ou permanente, das suas necessidades, das suas preferências e receios é essencial para detetar o que é relevante para ela nos seus cuidados, e para a gestão adequada, discreta e prudente dos seus sentimentos de pudor.

Cada pessoa tem os seus próprios sentimentos de pudor, que não dependem apenas do tipo de atividade de cuidado e do grau de exposição do corpo, mas também das suas vivências subjetivas anteriores. O desaparecimento do pudor de forma generalizada não é um bom indicador da qualidade dos cuidados. Uma gestão adequada das capacidades relacionais e de comunicação contribui para que os momentos relacionados com os cuidados pessoais sejam mais descontraídos.

As diferenças de género, idade e identidade cultural muitas vezes determinam, e podem condicionar significativamente, a forma de perceber os cuidados recebidos e tudo o que estes implicam, especialmente em relação à intimidade corporal.

Os seniores com altos níveis de dependência podem necessitar, devido à sua grande vulnerabilidade, de cuidados especiais na proteção da sua intimidade por parte dos seus cuidadores, embora eles próprios não tenham consciência do que a exposição pública da sua vida privada poderá significar para a sua imagem e honra.

Seguem-se algumas recomendações para o bom trato relacionado com a proteção destes direitos das pessoas dependentes:

- » Respeitar a intimidade nos cuidados da vida quotidiana, proporcionando espaços de apoio personalizado e cuidando do ambiente, para que, além de intimidade, haja segurança e conforto.
- » Proporcionar um tratamento caloroso, comunicar com respeito e afeto, tornando a pessoa participante, falando com ela, informando-a sempre da



atividade que será realizada, perguntando quais são as suas preferências e obtendo, na medida do possível, a sua participação e envolvimento.

- » Evitar a despersonalização e o cumprimento de protocolos rígidos, adaptando os cuidados e respeitando os ritmos e as preferências individuais.
- » Apresentar-se quando a pessoa cuidadora é nova ou quando o sénior não a reconhece.
- » Participarem na assistência íntima apenas as pessoas imprescindíveis para a realização da mesma.
- » Tentar que nos momentos em que a intimidade esteja mais comprometida, como o momento do banho ou da assistência na casa de banho, a pessoa que presta apoio seja do mesmo sexo que a pessoa assistida, se esta manifestar essa preferência.
- » Evitar observar, e deixar que se observe, a pessoa utente mais do que o estritamente necessário em situações que lhe causem pudor, como as relacionadas com a higiene, a evacuação e os comportamentos e manifestações afetivos e sexuais, e realizá-las, sempre que possível, em espaços privados (casa de banho, quarto).
- » Evitar indicações ou correções em voz alta que possam prejudicar a imagem ou a honra do sénior.
- » Tentar reduzir ao mínimo possível o tempo que a pessoa permanece totalmente nua. Se for necessário despi-la para fazer a higiene, deixar tapadas as partes do corpo não afetadas em cada ação e destapar apenas o imprescindível.
- » Dar particular importância aos pormenores e acessórios personalizados. Os pequenos detalhes «fazem a diferença», realçam a singularidade das pessoas e, além disso, promovem o sentimento de identidade e segurança. Por exemplo, para algumas pessoas, pode ser importante usar uma gravata ou boina, uma determinada peça de roupa, um penteado específico...
- » Prestar apoio da forma menos invasiva possível, respeitando as escolhas da pessoa em relação ao seu corpo e à sua imagem.
- » Ter em conta, caso seja necessário aplicar medidas de contenção física (como última medida, depois de descartadas outras opções), a imagem oferecida pela pessoa. Devem utilizar-se produtos de apoio (ajudas técnicas) da forma mais discreta possível e devem ser propostas medidas que proporcionem uma imagem digna da pessoa.
- » Proteger a intimidade, nas casas de banho partilhadas, implementando medidas que impeçam o contacto visual entre os utentes. Prestar atenção ao posicionamento dos espelhos, evitando que a imagem do sénior seja refletida e possa ser vista por outros.

» Obter sempre o consentimento da pessoa em atividades que impliquem mudanças de imagem (Carnaval, Halloween, teatro, etc.). Além disso, é essencial que estas mudanças promovam uma imagem social positiva. Se a pessoa não tiver capacidade para decidir se quer aparecer de determinada forma, perguntar à família ou a uma pessoa de referência. Em caso de dúvida, o melhor é renunciar à atividade e propor uma alternativa.

4.4. INTIMIDADE, BOM TRATO E RELAÇÕES AFETIVAS OU SEXUAIS

A afetividade e a sexualidade são partes fundamentais do bem-estar dos seniores. Como tal, as relações afetivas e de casal e os comportamentos sexuais devem ser abordados como uma expressão natural da pessoa em qualquer idade. Por vezes, há uma tendência para negar, e mesmo reprimir, os comportamentos sexuais dos seniores, utilizando termos inadequados que patologizam situações e experiências que deveriam ser normalizadas.

A gestão da vida sexual das pessoas é, sem dúvida, um dos domínios mais importantes para determinar se um comportamento é um bom ou mau trato: o respeito pela autonomia, pela intimidade e pela privacidade e, também, pela integridade psíquica das pessoas.

As relações interpessoais requerem um quadro de intimidade, pois sem este não é possível alcançar uma comunicação positiva. As relações afetivas e sexuais pertencem à esfera íntima e privada das pessoas e é necessário garantir a privacidade e um ambiente apropriado para este tipo de contactos ou relações.

A vida sexual faz parte da vida íntima dos seniores, pelo que não é possível generalizar quando um determinado comportamento gera ou é passível de gerar danos, neste caso, sexuais. Um comportamento que para uma pessoa pode ser uma atividade gratificante (exibicionismo, pornografia...), para outra pode ser mau trato sexual. O único critério para distinguir o bom trato dos maus-tratos é a pessoa ter ou não consentido esse comportamento.

Além disso, os contactos sexuais, por pertencerem a um domínio tão íntimo, requerem o consentimento em todas as ocasiões. Ou seja, a pessoa deve consentir cada vez que participar em relações sexuais, pelo que não é suficiente que consinta uma única vez para um determinado número de atos sexuais (com ou sem contacto).

Por essa razão, os maus-tratos sexuais têm uma dupla definição:

- » Submeter sob coação ou logro a uma relação sexual (com ou sem contacto).
- » Praticar uma relação sexual consentida (com ou sem contacto) quando a pessoa não sabe o que está a consentir, devido à sua incapacidade para compreender a situação, o que lhe está a ser pedido e as suas consequências.

Infelizmente, existem seniores (maioritariamente mulheres) que, embora sofram danos, não são capazes de identificar as relações sexuais não consentidas como maus-tratos ou consentem as mesmas sob coação.

4.5. INTIMIDADE E BOM TRATO NO FIM DE VIDA, NA MORTE E NO LUTO

Os processos associados à morte são individuais e devem ser tratados como tal, mas são também profundamente culturais, assumindo uma dimensão que deve ser tida em conta e que inclui a espiritualidade e a religiosidade, normalmente muito ligadas ao ato de morrer. O acompanhamento da pessoa e da família, protegendo a sua intimidade, é fundamental neste contexto.

Morrer é um processo no qual a pessoa e a sua biografia devem situar-se no centro das ações realizadas. Morrer é uma experiência que confronta a pessoa com o mistério humano do seu destino final. Neste processo, têm grande importância algumas necessidades relacionadas com a forma como a pessoa se deveria sentir: bem tratada, protegida de perigos, amada pela família, aceite pelas pessoas e com a sua intimidade respeitada. Trata-se de um período de última oportunidade para expressar vontades, para «colocar as coisas em ordem», de despedida e comunicação, pelo que exige, especialmente, personalização e privacidade.

Infelizmente, a morte de um sénior querido é uma experiência de vida muito frequente. A forma como tal acontece, e o facto de a pessoa se sentir bem tratada ou maltratada nesse momento tão delicado, terá uma influência decisiva no luto e na sua posterior memória e significado. O cuidado e a preparação da pessoa falecida fazem parte de um ritual cultural que contribui para o bem-estar da família e dos entes queridos, pelo que devem ser facilitados na medida do possível. O cadáver merece um tratamento respeitoso; não é uma pessoa, mas também não é um objeto. O tratamento que lhe for dado afetará, mesmo após a morte, a sua imagem e a sua honra.

O luto dos seniores é um processo delicado que requer compreensão e apoio emocional por parte de quem os acompanha. As pessoas vivem o luto de formas muito diferentes. A existência de rituais funerários que exprimem o luto é universal. Em todas as culturas existem esses rituais e, embora possam assumir muitas formas diferentes, partilham a consideração e o respeito pela pessoa falecida, a sua despedida social e a necessidade de dar apoio ao resto da família, pelo que o bom trato exige respeito por todas as manifestações de luto, mesmo que não sejam comuns.

Direito à cidadania, à participação e à construção do meu círculo social

Cidadão é aquele que tem o usufruto e a responsabilidade do conjunto dos direitos. O conceito de cidadania abrange a vertente ética e a jurídica, a privada e a pública. Os seniores podem exigir uma participação equitativa na vida social e nos domínios pessoais ou privados.

A consideração das pessoas como cidadãos, independentemente dos seus défices ou deficiências, baseia-se teoricamente em três abordagens, que sustentam grande parte do conteúdo do modelo de envelhecimento saudável:

- » Um primeiro fundamento teórico é a **abordagem das capacidades**, desenvolvida, entre outros, por Amartya Sen, Prémio Nobel da Economia em 1998, pela sua preocupação com a dimensão ética no pensamento económico, e pela filósofa norte-americana Martha Nussbaum (Sen, 2000; Nussbaum, 2012). Esta abordagem salienta que o tratamento justo das pessoas exige o fomento das suas capacidades internas e externas. Uma capacidade não é o que uma pessoa faz ou é, mas sim o que uma pessoa pode fazer ou ser, pelo que devem conceder-se primeiro apoios para ser livre e depois liberdade para decidir.
- » A segunda base teórica é a **abordagem dos funcionamentos seguros**, desenvolvida com base na filosofia política por Jonathan Wolff e Avner de-Shalit (Wolff e De-Shalit, 2007). Estes autores defendem que as pessoas com défices sofrem de uma desvantagem social e, como tal, trata-se de um problema de justiça social. Existe uma desvantagem social quando uma pessoa tem poucas oportunidades reais para funcionar de forma segura, devido à ausência de um destes três fatores: os recursos internos (que equivalem às capacidades internas), os recursos externos (ou condições externas) e o quadro ou estrutura social. São duas as principais contribuições da abordagem dos funcionamentos seguros. Em primeiro lugar, a sua insistência no facto de que as competências reais não devem ser asseguradas unicamente de forma pontual, mas também de forma permanente. Em

segundo lugar, a ênfase no meio, centrando-se naquilo que designa por «melhoria do estatuto», entendido aqui como acesso igualitário à vida social. O objetivo da intervenção ética e jurídica não são as medidas compensatórias, as melhorias individuais ou pessoais, ou os recursos, mas sim a forma como tudo isto se traduz na integração e participação social. Uma aplicação clara desta abordagem é o projeto de **idades amigas das pessoas seniores**, totalmente alinhado com o modelo de envelhecimento saudável, que deve traduzir-se em políticas sociais assentes em três pilares: saúde, participação e segurança. Este último eixo refere-se a assegurar a proteção e a dignidade das pessoas que não são capazes de se proteger a si próprias, através do apoio às famílias e às comunidades às quais pertencem.

«A exclusão é moralmente errada (dano injusto), em todas as suas variantes, quando se exclui quem não deve ser excluído e por motivos que não devem ser motivo de exclusão; ou seja, quando a exclusão fere, por ação ou omissão, a dignidade universal de alguém.»

X. ETXEBERRIA

» Por último, as **teorias do reconhecimento** constituem a terceira abordagem (Ricoeur, 2005; Fraser, 2006). O reconhecimento tem várias dimensões, entre as quais nos interessa agora o reconhecimento intersubjetivo: a pessoa sénior (com ou sem deficiência) deve ser reconhecida como tal na sua interação com as outras pessoas. Esse reconhecimento será justo se, e somente se, for acompanhado de equidade na participação ou de paridade participativa. A exigência legislativa determina que a pessoa não seja simplesmente reconhecida como tal, mas que aja como tal, de forma válida e acrescentando valor no domínio social. Deste modo, reforça-se a participação, a representação e a pertença social dos seniores, conforme desenvolvido no modelo de envelhecimento saudável. Assim, com a sua intervenção nos processos públicos de argumentação, participam na sociedade como uma comunidade deliberativa, noção que está na base do modelo dos direitos.

A cidadania envolve principalmente um estatuto (posição ou condição) no qual se solicita, define e possibilita o acesso aos recursos básicos para o exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais. A condição de cidadão compreende e inclui três dimensões: titularidade, condição política e identidade ou pertença.



- » **Titularidade.** A cidadania implica ser titular de direitos e deveres.
- » **Condição política.** O que define um cidadão é a sua capacidade de participar e intervir nos processos políticos e de fazer parte das instituições públicas de governação da sociedade.
- » **Identidade ou pertença.** A cidadania entende-se como pertença a uma determinada comunidade, com uma história e características étnicas ou culturais próprias.

Em termos de direitos civis, o bom trato coincide com o que descrevemos como direito à autonomia; no que se refere aos direitos sociais, com o direito à integridade física e psíquica. Vamos agora focar-nos nos direitos políticos, ou seja, no direito de participar e de ser tido em conta na construção da *polis*, do bem comum, da sua organização e das suas regras ou leis de funcionamento.

Parece não haver dúvida de que existe um grande potencial de participação dos seniores em Espanha, mas é importante compreendermos que participar não significa apenas falar, discutir e debater. Participar deve envolver avanços concretos na melhoria e na transformação da realidade social dos seniores. Para tal, é necessário não só que os órgãos de participação dos seniores já existentes, que provavelmente necessitam de ser fortalecidos e reforçados, sejam informados das medidas que os poderes públicos pretendem implementar, mas também que os seniores, as suas organizações e representantes possam participar na definição dos problemas que os afetam e colaborar na procura de soluções e oportunidades de melhoria.

A plena integração dos seniores na sociedade espanhola não implica apenas a garantia de condições de vida dignas e desfrutar da autonomia individual. Implica também que os seniores não continuem a ser meros objetos de assistência e administração, mas que estejam presentes nas dinâmicas sociais e políticas de cada cidade e de cada comunidade.

Participar na vida comunitária é tão importante para promover o bom trato como estar de boa saúde e ter recursos suficientes para viver com dignidade. Uma pessoa ativa e saudável também é uma pessoa envolvida no que a rodeia e no bem-estar individual e coletivo.

«Evidentemente, o bom trato exige a promoção do papel ativo dos seniores no desporto, nas relações afetivas, na preocupação em melhorar as competências educativas e tecnológicas. Mas também é necessário

promover e canalizar o ativismo, a vontade de fazer e de servir dos seniores nos espaços públicos, na esfera do voluntariado, na capacidade de fazerem coisas pelos outros» (Subirats, 2011), de modo que possam ser reconhecidos como pessoas com valor no dar e receber comunitário.

BIBLIOGRAFIA



Abellán, A. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: CSIC, *Informes Envejecimiento en red*, n.º 10.

AGE (2001). *Carta europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración*. Recuperado de http://www.age-platform.eu/images/stories/Charter_Spanish.pdf

Agulló, M. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: Imserso.

Alberich, T. (2008). Envejecimiento físico, psicológico y social. Em: A. Barranco; A. Funes (ed.). *Intervención social y sanitaria con mayores: Manual de trabajo con la 3.ª y 4.ª edad* (pp. 17-47). Madrid: Dykinson.

American Medical Association (ed.) (1992). *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago, IL: AMA.

Amor Pan, J. R. (2007). *Ética y discapacidad intelectual*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Amor Pan, J. R. (2010). *Bioética y dependencia*. La Coruña: Obra Social "la Caixa".

Amor, P.; Echeburúa, E.; De Corral, P.; Zubizarreta, I.; Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.

Anetzberger, G. J.; Palmisano, B. R.; Sander, M.; Bass, D.; Dayton, C.; Eckert, S.; Schimer, M. R. (2000). A model intervention for elder abuse and dementia. *The Gerontologist*, 40(4), 492-497.

Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24, 46-52.

Ansello, E. F. (1996). Causes and theories. Em: L. A. Baumhover; S. Colleen (ed.). *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons: Strategies for Assessment and Intervention* (pp. 9-30). Baltimore, MD: Health Professions Press.

Arias, A. V.; Morales, F. (2007). Aspectos psicosociales del envejecimiento. Em: S. Ballesteros (ed.). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (pp. 113-150). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Asociación Americana de Retraso Mental (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

Baker, M. W. (2007). Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 313-321.

Banja, J. (1992). Ethics in rehabilitation. Em: F. Fletcher *et al.* (ed.). *Rehabilitation Medicine. Contemporary Clinical Perspectives* (pp. 269-298). Filadélfia: Lea & Febiger.

Barbero, J.; Barrio, I. M.; Gutiérrez, B.; Izal, M.; Martínez, A.; Moya, A.; Yuste, A. *et al.* (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imserso.

Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Bazo, M. T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 8-14.

Bazo, M. T.; Maiztegui, C. (1999). *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional*. Madrid: Ciencias de la Salud Panamericana.

- Bazo, M. T. (2006). Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores. Em: J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (pp. 40-48). Donostia-San Sebastián: Hurkoa Fundazioa, Instituto Vasco de Criminología.
- Berástegui Pedro-Viejo, A.; Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: Una revisión. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 293-306.
- Bomba, P. A. (2006). Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 103-122.
- Bond, C. (2004). Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse. *Professional Nurse*, 20(4), 39-41.
- Brandl, B. (2002). Power and control: Understanding domestic abuse in later life. *Generations*, 24, 39-45.
- Buchanan, A.; Brock, D.; Daniels, N.; Wikler, D. (2000). *From chance to choice: Genetics and justice*. Nova Iorque e Cambridge: Cambridge University Press.
- Buesa, S.; Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: El papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45.
- Burnes D.; Pillemer K.; Caccamise P. L. *et al.* (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, 1906-1912.
- Buzgová, R.; Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.
- Caballero, J. (2000). Consideraciones sobre maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 10(3), 177-188.
- Campo-Arias, A.; Oviedo, H. (2008). Psychometric properties of a scale: Internal consistency. *Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia)*, 10(5), 831-839.
- Camps, V. (1990). *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Casado, D. López i Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación "la Caixa".
- Casado, D. (2007). Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales. Em: D. Casado; F. Fantova (ed.). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la ley sobre la autonomía y la dependencia* (pp. 268-280). Madrid: Fundación Foessa.
- Causapié, P.; Balbotín, A.; Porras, M.; Mateo, A. (2011). *Imagen de las personas mayores y medios de comunicación*. Madrid: Imserso.
- CEPAL-ONU. (2012). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*, adoptada na Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e nas Caraíbas. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/Cr_Carta_eSp.pdf
- CIS (2009). *Estudio 2801. Barómetro mes de mayo*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9400
- Cohen, M.; Levin, S. H.; Gagin, R.; Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.

Comijs, H. C.; Pot, A. M.; Smit, J. H.; Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 885-888.

Conill, J. (2013). La invención de la autonomía. *Eidon*, 39, 2-12.

Conill, J.; Cortina, A. (2010). La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. Em: M. de los Reyes; M. Sánchez (ed.). *Bioética y pediatría*. Madrid: Ergón.

Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) (2010). *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*. Madrid: Centro de Documentación Judicial.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) e Imsero (2015). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y Más*, 46-51. Recuperado de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>

Cooney, C.; Howard, R.; Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571.

Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Novel.

Cortina, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.

Daniels, N. (1985). *Just health care*. Nova lorque: Cambridge University Press.

Davies, M. (2000). Detección del maltrato: Una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. Em: P. Decalmer; F. Glendenning (ed.). *El maltrato a las personas mayores* (pp. 150-154). Barcelona: Paidós.

Davis, R. C.; Medina-Ariza, J. (2001). *Results from an elder abuse prevention experiment in New York City*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188675.pdf>

De la Torre, J. (2009). Todos somos dependientes. Em: J. de la Torre; J. Pérez Marín (ed.). *Autonomía personal y atención a la dependencia* (pp. 119-137). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética, Colección Dilemas Éticos de la Deficiencia Mental.

Del Río, P. (1992). La discapacidad, único camino hacia el hecho humano. Em: D. Casado (ed.). *Discapacidad e información* (pp. 125-147). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

Días Aledo, L. (2013). La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 483-502.

Díaz-Veiga, P.; Sancho, M. Í. (2012). Unidades de convivencia. Alojamiento de personas mayores para «vivir como en casa». *Informes Portal Mayores*, 132. Madrid: Imsero.

Etxeberria, X. (2003). Fundamentación ética de la protección de los derechos humanos. Em: F. Gómez; J. M. Pureza (ed.). *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Etxeberria, X. (2005). *Aproximación ética a la discapacidad*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Etxeberria, X. (2011). La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: perspectiva ética. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 237, 33-46.

Etxeberria, X. (2011). El yo moral: Imbricación entre autonomía y alteridad. Em: D. Bermejo (ed.). *La identidad en sociedades plurales* (pp. 77-103). Barcelona-Logronho: Anthropos e Universidad de La Rioja.

Etxeberria, X. (2012). Naturaleza humana y discapacidad intelectual. *Revista Portuguesa de Filosofía*, 68(4), 673-692.

- Etxeberria, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. Em: S. Huenchuan; R. Icela (ed.). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (pp. 61-71). Cidade do México: Nações Unidas, CEPAL.
- Etxeberria, X. (2015). El reconocimiento como referente transversal de la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 127-141.
- Etxeberria, X.; Goikoetxea, M. J.; Martínez, N.; Pereda, T.; Jauregi, A.; Brossa, J. et al. (2013). El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Cuadernos de Derechos Humanos*, 71. Bilbao: Universidad de Deusto.
- EURAG (1975). *A charter of the rights for elderly of Europe*. Graz: EURAG.
- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto.
- Feyto, L. (2005). La ética del cuidado, modas, paradojas, talentos. Em: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ed.). *La bioética, un puente inacabado. V Congreso Nacional* (pp. 79-97). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Londres: Sage.
- Foro de Vida Independiente (2009). *Foro de vida independiente y libertad*. Recuperado de <http://forovida independiente.org>
- Fraser, N. (2006). La justicia social en la era de la política de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. Em: A. Honneth; N. Fraser (ed.). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político filosófico* (pp. 126-155). Madrid: Morata.
- Fulmer, T. (2008). How to try this: Screening for mistreatment of older adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.
- García Férrez, J. (2003). *Bioética y personas mayores. Informes Portal Mayores*, 4. Madrid: Imserso.
- Garre-Olmo, J.; Planas-Pujol, X.; López-Pousa, S.; Juvinyá, D.; Vilá, A.; Vilalta-Francha, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 815-822.
- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2011). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gobiernovasco-100propuestas-01.pdf>
- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2015). *Estrategia vasca de envejecimiento activo 2015-2020*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- Goikoetxea, M. J. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 424-449.
- Goikoetxea, M. J. (2014). La ética como referente de la atención integral centrada en la persona. Em: P. Rodríguez; A. Vilá (ed.). *Modelo de atención integral y centrada en la persona* (pp. 59-76). Madrid: Tecnos.
- Goikoetxea, M. J. (2014). *Atención integral a las personas mayores en fin de vida. Guía de recomendaciones éticas*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.
- Goikoetxea, M. (coord.) (2016). *El proceso de información y consentimiento en servicios sociales. Guía de recomendaciones éticas*. Bilbao: Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia, Diputación Foral de Bizkaia.

González, F.; Aizpiri, M.; Jara, A. B.; San Miguel, P.; Tapia, X. (2002). Expresiones de la violencia en la familia actual. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33-34, 173-178.

Gordon, R. M.; Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.

Gracia Guillén, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. 1.ª ed. Madrid: Triacastela.

Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias (2013). *Confidencialidad en servicios sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Henderson, D.; Buchanan, J. A.; Fisher, J. E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. Em: P. A. Schewe (ed.). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (pp. 223-245). Washington DC, EUA: American Psychological Association.

Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica Grijalbo.

Honneth, A. (2004). Recognition and justice: Outline of a plural theory of justice. *Acta Sociologica*, 47, 351-364.

Honneth, A. (2006). Redistribución como reconocimiento: Respuesta a Nancy Fraser. Em: N. Fraser; A. Honneth (ed.). *¿Redistribución o reconocimiento?* (pp. 89-148). Madrid: Morata.

Imsero (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Madrid: Imsero.

Imsero (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Imsero.

Imsero (2009). Proyecto de red mundial de ciudades amigables con las personas mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 39. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

Imsero (2010). *Encuesta a personas mayores de 65 años*. Recuperado de http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf

Imsero (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Imsero.

INGEMA (2010). *Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: ECVPM-Euskadi, Gobierno del País Vasco.

International Longevity Centre Brazil (2015). *Active ageing: A policy framework in response to the longevity revolution*. Brasil.

Kant, I. (1995). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. 11.ª ed. Tradução de L. Martínez Velasco. Madrid: Espasa Calpe-Austral.

Kittay, E. (2003). Discapacidad, dignidad y protección. *Concilium*, 300, 128-131.

Lachs, M. S. (2004). Screening for family violence: What's an evidence-based doctor to do? *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 399-400.

Laín Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. 2.ª ed. Madrid: Triacastela.

Laín Entralgo, P. (1983). *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza.

- Landis, J. R.; Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Leturia, F. J.; Etxaniz, N. (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, Defensoría del Pueblo del País Vasco.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE n.º 299, de 15 de dezembro de 2006).
- Losada, A.; Márquez-González, M.; Knight, B. G.; Yanguas, J.; Sayegh, P.; Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202.
- Lowenstein, A.; Eisikovits, Z.; Band-Winteerstein, T.; Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 253-277.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Tradução de Beatriz Martínez de Murguía. Barcelona: Paidós.
- Martínez Maroto, A. (2005). El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. *Informes Portal Mayores*, 40. Madrid: Imsero.
- Martínez Maroto, A. (2009). La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Em: J. de la Torre; J. Pérez Marín (ed.). *Autonomía personal y atención a la dependencia*. 1.ª ed. (pp. 45-65). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética, Colección Dilemas Éticos de la Deficiencia Mental.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- Masiá, J. (1998). *Bioética y antropología*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). *Encuesta Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. Bogotá: Minsalud y Colciencias.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Imsero.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2012). *Informe 2012. Las personas mayores en España*. Madrid: Imsero.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2015). *Información destacada de la gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de mayo de 2015*. Madrid: Imsero. Recuperado de http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/im_096699.pdf
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2015). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles; el entorno familiar*. Madrid: Imsero. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-cuidados-01.pdf>
- Monforte, J. A.; Franco M. A.; Conde V. J. (2001). *Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias*. Madrid: Imsero.
- Muñoz-Iranzo J. (2001). Aspectos jurídicos de los malos tratos a personas mayores. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11(2), 78-81.
- Muñoz-Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.
- Nações Unidas. Assembleia Geral (2014). *Informe de la experta independiente Rosa Kornfeld-Matte sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*. Ginebra: ONU.

Nações Unidas. Assembleia Geral (2016). *Informe de la experta independiente Rosa Kornfeld-Matte sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*. Ginebra: ONU.

National Center of Elder Abuse (NCEA) (1998). *The national elder abuse incidence study. Final report*. Recuperado de https://www.acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Bethesda, Maryland: DHEW Publication.

Nussbaum, M. (1992). Human functioning and social justice: In defense of Aristotelian essentialism. *Political Theory*, 20(2), 202-246.

Nussbaum, M. (2002). Genética y justicia. Tratar la enfermedad, respetar la diferencia. *Isegoría*, 27, 5-17. Nussbaum,

M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.

Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Orbegozo, A. (2006). Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde las instituciones y entidades. Em: J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico* (pp. 39-60). Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Criminología.

Palacios, A.; Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Recuperado de <http://forovidaindependiente.org>

Palacios, A.; Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.

Papadopoulos, A.; La Fontaine, J. (2000). *Elder abuse: therapeutic perspectives in practice*. Reino Unido: Winslow Press Ltd.

Paz-Rodríguez, F.; Sánchez-Guzmán, M. A. (2011). Maltrato en pacientes neurológicos. *Anales de Psicología*, 27(1), 256-264.

Penhale, B. (15). Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *Journal of Elder Abuse*, 3-4, 163-183.

Perel-Levin, S.; World Health Organization (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Ginebra: World Health Organization.

Pérez Cáceres, M. D.; Rubio, L.; Pereñíguez, J. E.; Pérez-Flores, D.; Osuna, E.; Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137.

Pérez Hernández, A. M. (2014). *La percepción social de la vejez*. Trabajo de fin de licenciatura em Serviço Social. Universidad de La Laguna.

Pérez Luño, A. E. (1991). *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. Madrid: Tecnos.

Pérez-Rojo, G. (2008a). *Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar*. Tese de doutoramento. Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez-Rojo, G.; Izal, M.; Montorio, R.; Nuevo, R. (2008b). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 105-117.

- Pérez-Rojo, G.; Izal, M.; Sancho, M. T. (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 45(4), 213-218.
- Pérez-Rojo, G. (2011). *Dificultades para definir los malos tratos a personas mayores*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>
- Pérez-Rojo, G.; Izal, M. (2011). Marco conceptual. Em: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (ed.). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pérez-Rojo, G.; Chulián Horrillo, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 127-167.
- Pérez-Rojo, G.; Izal M.; Montorio, I.; Regato P.; Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 141(12), 522-526.
- Pérez Serrano, G. (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.
- Pillemer, K.; Finkelhor, D. (1989). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.
- Pillemer, K. A.; Mueller-Johns, K. U.; Mock, S. E.; Sutor, J. J.; Lachs, M. S. (2007). Interventions to prevent elder mistreatment. Em: L. S. Doll; S. E. Bonzo; J. A. Mercy; D. A. Sleet (ed.). *Handbook of Injury and Violence Prevention* (pp. 241-254). Nova Iorque, NY: Springer Publishing.
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252-282.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Imsero.
- Radensky, L.; Parikh, D. (2008). Developing a «train the trainer» program to identify elder abuse and neglect: The Jewish home life care system model. *Home Health Care Management & Practice*, 20(3), 254-259.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE n.º 42, de 18 de febrero de 2011, pp. 18567-18691).
- Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. Madrid: Trotta.
- Risco, C.; Paniagua, C.; Jiménez, G.; Poblador, M. D.; Molina, L.; Buitrago F., (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Medicina Clínica*, 125(2), 51-55.
- Rodríguez Cabrero, G.; Rodríguez, P.; Castejón, P.; Morán, E. (2013). Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social. *Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, 1. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez Cabrero, R. (2011). Economía del conocimiento. Em: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imsero (ed.). *Libro blanco del envejecimiento activo* (pp. 171-245). Madrid: Imsero.
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal, Colección Papeles de la Fundación, 1.

- Romañach, J. (2009). Diversidad funcional y derechos humanos en España: Un reto para el futuro. *Dilemata*, 1, 71-87.
- Ross, D. (2002). *The right and the good*. Oxford: Clarendon Press.
- Rueda, J. D. (coord.) (2008). *El maltrato a las personas mayores: Bases teóricas para su estudio*. Valladolid: Junta de Castilla y León e Universidad de Valladolid.
- Rueda, J. D.; Martín, F. J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18708/1/Alternativas_18_01.pdf
- Ruiz Sanmartín, A.; Altet, J.; Porta, N.; Duaso, P.; Coma, M.; Requesens, N. (2001). Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5), 331-334.
- Sánchez-Caro, J.; Abellán, F. (2015). *Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad*. Recuperado de http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/1871/original/MONOGRAFIA_18_Discapacidad.pdf?2013-03-12%2011:59:54%20+0100
- Sancho, M.; Yanguas, J.; Del Barrio, E. (2016). *Cuidar como nos gustaría ser cuidados*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".
- Sancho, M. T.; Pérez-Rojo, G.; Del Barrio, E.; Yanguas, J. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- Schalock, R. L. (2004). The emerging disability paradigm and its implications for policy and practice. *Journal of Intellectual Disability Research*, 14(4), 204-215.
- Schalock, R. L.; Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 224, 21-36.
- Schiemberg, L. B.; Gans, D. M. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-359.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 55, 14-20.
- Seoane, J. A. (2011). La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: perspectiva jurídica. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 237, 21-32.
- Seoane, J. A. (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Eidon*, 39, 13-33.
- Silvers, A. (2009). No talent? Beyond the worst off! A diverse theory of justice for disability. Em: K. Browleen; A. Cureton (ed.). *Disability and disadvantage* (pp. 163-199). Oxford: Oxford University Press.
- Simón Lorda, P.; Rodríguez, J. J.; Martínez Maroto, A.; López Pisa, R. M.; Júdez, J. (2001). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Medicina Clínica*, 117, 419-426.
- Singer, P. (1995). *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2011). *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores*. Madrid: SEGG.
- Strasser, S. M.; Fulmer, T. (1997). The clinical presentation of elder neglect: What we know and what we can do. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 340-349.
- Subirats, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores. Em: Imsero. *Libro blanco del envejecimiento activo* (pp. 102-112). Madrid: Imsero.

- Tabueña Lafarga, C. M. (2006). Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial. *Psychosocial Intervention/Intervención Psicosocial*, 15(3), 275-292.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética, Fundación Mapfre. Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 136-141.
- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Instituto Borja de Bioética, Fundación Mapfre.
- Torralba, F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana?* Barcelona: Herder.
- Torralba, F. (2005). *Esencia del cuidar: Siete tesis*. Bilbao: Sal Terrae.
- Touza, C.; Prado, C.; García, L.; Royo, P.; Segura, M. P. (2002). Los malos tratos a las personas mayores: Una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios. *Intervención Psicosocial*, 11(1), 27-41.
- Triadó, C. (2013). Envejecer en España y en Europa. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 110-126.
- Vários autores. *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. INGEMA. Recuperado de http://www.zuzenean.euskadi.net/s68contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf.
- Vega, J. L.; Bueno, B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Wolff, J.; De-Shalit, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* [Versão em espanhol: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*. *Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*]. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. OMS, OPAS. [Versão em espanhol: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Imsero] Ginebra: WHO, OPAS.
- World Health Organization (2002). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- World Health Organization (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization/INPEA (2002). *Missing voices. Views of older persons on elder abuse*. Ginebra: WHO.

