



UC/FPCE\_2010

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e  
Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital  
Central**

Odete Isabel Afonso Borralho (odeteisabel@sapo.pt)



UC/FPCE — 2010

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e  
Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital  
Central**

Odete Isabel Afonso Borralho (odeteisabel@sapo.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia  
do Desenvolvimento sob a orientação da Professora Doutora  
Margarida Pedroso de Lima e co-orientação do Professor Doutor José  
Ferreira-Alves



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima e ao Professor Doutor José Ferreira-Alves, pela orientação, apoio, motivação e disponibilidade.

Aos meus pais José e Isabel, e ao meu irmão José Manuel, pela compreensão.

Ao Paulo, pela ajuda e dedicação.

A todos os meus amigos, em especial à Margarida e ao Pedro, à Lisa e à Anabela pelo apoio incondicional.

A todas as instituições que facilitaram o meu trabalho.

A todas as pessoas idosas que contribuíram para este trabalho com a partilha das suas experiências.

## **SIGLAS**

APA – American Psychological Association

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

EUA – Estados Unidos da América

GEAVI – Grupo de Estudos e Avaliação das Pessoas Idosas Vítimas de Maus-Tratos

GDS – Geriatric Depression Scale

INE – Instituto Nacional de Estatística

INPEA – International Network for the Prevention of Elder Abuse

OMS – Organização Mundial de Saúde

QEEA – Questions to Elicit Elder Abuse

SPMSQ – Short Portable Mental State Questionnaire

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

## SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO.....	17
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
<b>1 – MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS.....</b>	<b>23</b>
1.1 – PROBLEMÁTICA DA DEFINIÇÃO.....	25
1.2 – TIPOLOGIA.....	30
1.3 – FACTORES DE RISCO.....	43
1.4 – TEORIAS SOBRE OS MAUS-TRATOS.....	57
1.5 – INTERVENÇÃO.....	66
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	
<b>1 – METODOLOGIA.....</b>	<b>79</b>
1.1 – OBJECTIVOS.....	79
1.2 – HIPÓTESES.....	80
1.3 – AMOSTRA E POPULAÇÃO.....	81
1.4 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	82
1.5 – VARIÁVEIS.....	83
1.6 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	86
1.7 – PROCEDIMENTOS.....	90
<b>2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>93</b>
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	94
<b>2.1.1 – De acordo com a existência e a quantidade de Indicadores de Maus-Tratos.....</b>	<b>95</b>
<b>2.1.2 – Segundo Indicadores Sócio-Demográficos.....</b>	<b>96</b>
<b>2.1.3 – Quanto à tipologia dos Indicadores de Maus-Tratos.....</b>	<b>102</b>
<b>2.1.4 – Quanto aos grupos classificatórios de Depressão.....</b>	<b>102</b>

<b>2.1.5 – Quanto à forma de lidar com os Maus-Tratos</b> .....	103
2.2 – RELAÇÃO DE CADA TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS CONSIDERADAS .....	103
2.3 – RELAÇÃO DE CADA TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS COM A DEPRESSÃO .....	112
<b>3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	115
3.1 – OBJECTIVO 1 .....	116
3.2 – OBJECTIVO 2 .....	118
3.3 – OBJECTIVO 3 .....	122
3.4 – OBJECTIVO 4 .....	124
3.5 – OBJECTIVO 5 .....	125
3.6 – OBJECTIVO 6 .....	127
3.7 – OBJECTIVO 7 .....	135
3.8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	136
<b>CONCLUSÕES</b> .....	139

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ANEXOS**

- ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados
- ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética
- ANEXO III – Minuta do Consentimento Informado

## ÍNDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1 – Modelo esquemático do abuso de pessoas idosas ..... 65



## ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Distribuição da amostra por existência de Indicadores de Maus-Tratos.....	95
Quadro 2 – Distribuição da amostra por quantidade de Indicadores de Maus-Tratos .....	96
Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o Género.....	97
Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a Idade.....	97
Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com o Estado Civil.....	98
Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo o Agregado Familiar .....	98
Quadro 7 – Distribuição da amostra de acordo com a existência de Apoio Domiciliário.....	99
Quadro 8 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de Centros de Apoio na Comunidade .....	99
Quadro 9 – Distribuição da amostra de acordo com os Meios de Subsistência .....	100
Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo a Percepção da Suficiência dos Meios de Subsistência.....	101
Quadro 11 – Distribuição da amostra de acordo com a Escolaridade .....	101
Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a Tipologia dos Indicadores de Maus- Tratos .....	102
Quadro 13 – Distribuição da amostra de acordo com os grupos classificatórios de Depressão.....	103
Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a forma de lidar com os Maus-Tratos .....	103
Quadro 15 – Comparação entre número de Indicadores de Maus-Tratos consoante o Género (Teste de U de Mann-Whitney).....	105
Quadro 16 – Coeficientes da correlação de Spearman entre o número de Indicadores de Maus-Tratos e a Idade.....	105
Quadro 17 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante o Estado Civil (Teste de Kruskal-Wallis) .....	106
Quadro 18 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante o Agregado Familiar (Teste de Kruskal-Wallis).....	107
Quadro 19 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a existência de Apoio Domiciliário (Teste de U de Mann-Whitney).....	108

Quadro 20 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a frequência de Centros de Apoio na Comunidade (Teste de U de Mann-Whitney) .....	108
Quadro 21 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante os Meios de Subsistência (Teste de Kruskal-Wallis) .....	109
Quadro 22 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a percepção da Suficiência dos Meios de Subsistência (Teste de U de Mann-Whitney) .....	110
Quadro 23 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a Escolaridade (Teste de Kruskal-Wallis) .....	111
Quadro 24 – Características dos indivíduos da amostra referente ao Abuso Físico.....	112
Quadro 25 – Coeficientes da correlação de Spearman entre o número de Indicadores de Maus-Tratos e a Depressão.....	113
Quadro 26 – Valores de Depressão dos indivíduos da amostra referente ao Abuso Físico .....	114

## RESUMO

Perspectivando o desenvolvimento humano numa abordagem co-extensiva à duração da vida, engloba-se a ocorrência de situações de maus-tratos e negligência como factores que interferem negativamente no crescimento e desenvolvimento da pessoa idosa.

O abuso de pessoas idosas afigura-se como uma realidade actual, cuja visibilidade perante a sociedade no geral, e cuidados de saúde em particular, ainda não se encontra muito desenvolvida. Desta forma, procurou-se com esta dissertação realizar um estudo de prevalência e descrição dos factores de risco associados ao fenómeno dos maus-tratos e negligência na pessoa idosa. Com este objectivo, aplicaram-se questionários que integram colheita de dados sociodemográficos, instrumento de avaliação de indicadores de abuso auto-reportados (QEEA) de Carney, Kahan e Paris (2003) adaptado por Ferreira-Alves e Sousa (2005), avaliação da atitude face ao abuso e avaliação da depressão através da GDS 15 de Brink e Yesavage (1982 *in* Andrade, 2007) adaptada por Andrade (2007). A amostra integra 75 indivíduos utentes do Serviço de Urgência de um Hospital Central, com uma média de idades de 78 anos. O número de indicadores de maus-tratos auto-reportados oscilou entre 0 e 10. Salienta-se que 86.7% dos sujeitos apresentaram pelo menos um indicador, sendo que a maioria dos inquiridos apresenta um indicador (21.3%). A negligência (81.5%) e o abuso emocional (75.4%) foram as tipologias mais referidas. A maior parte das pessoas idosas da amostra assume uma atitude de passividade perante a situação. Relativamente aos factores de risco, verificam-se relações entre a ocorrência de abuso e o género feminino, a presença de depressão, viver sozinho e apresentar uma percepção negativa da suficiência dos meios de subsistência.

Os resultados advogam a necessidade de aplicar medidas de avaliação e despiste do abuso de pessoas idosas, tal como ampliar a avaliação dos factores de risco, como forma de impulsionar a compreensão do problema, sendo que os serviços de saúde constituem-se como um campo privilegiado para a implementação de rotinas de avaliação. Será através do conhecimento da realidade das pessoas idosas que se poderão tomar medidas baseadas essencialmente na promoção do respeito pelo adulto idoso, e que abarquem acções de prevenção e intervenção no abuso, multidisciplinares e concertadas para promover o seu bem-estar e desenvolvimento.

*Palavras-chave:* Idoso, Maus-tratos, Prevalência, Factores de Risco.

## **ABSTRACT**

Looking ahead to the human development in a long-life span perspective, we can include the occurrence of situations of abuse and neglect as factors that negatively affect the growth and development of the elderly.

The abuse of elder people seems to be a present reality whose visibility to society in general and healthcare in particular doesn't seem to be much developed yet. Thus, in this study we made a description of the prevalence of risk factors associated with the phenomenon of elder abuse. To this end, we applied questionnaires incorporating demographic data collection, an instrument to assess self-reported indicators of abuse (QEEA) from Carney, Kahan and Paris (2003) adapted by Ferreira-Alves and Sousa (2005), an evaluation of the attitude towards the abuse and the assessment of depression through the GDS 15 from Brink and Yesavage (1982 *in* Andrade, 2007) adapted by Andrade (2007). The sample includes 75 individuals, users of the Emergency Department of a Central Hospital, with a mean age of 78 years. The number of self-reported abuse indicators varied between 0 and 10. It should be noted that 86.7% of subjects had at least one indicator, and the majority of respondents has one indicator (21.3%). Neglect (81.5%) and emotional abuse (75.4%) were the most reported types. Most of the elderly sample assumes an attitude of passivity towards the situation. With regard to the risk factors, we found relations between the occurrence of abuse and the female gender, presence of depression, living alone and having a negative perception of the adequacy of the means of subsistence.

The results advocate the need to apply measures for the assessment and screening of elder abuse, such as expanding the evaluation of risk factors, as a way to improve the understanding of the problem, being the health services a privileged field to implement routine assessment. Knowing the reality of elder people, we will be able to take actions based primarily on the promotion of respect for the elder adult, including prevention and intervention actions on abuse, which must integrate multidisciplinary and concerted procedures to promote their welfare and development.

*Key Words:* Elderly, Mistreatment, Prevalence, Risk Factors.

## INTRODUÇÃO

É apontado como um fenómeno da sociedade actual o envelhecimento populacional, que se deve a um aumento da esperança de vida e a um decréscimo do índice de natalidade (Paúl, 2005). Numa análise mais aprofundada, denota-se que desta realidade emergem várias questões. Se por um lado existem implicações demográficas, por outro lado, também são visíveis questões sociais marcadas, que se prendem com o facto da sociedade estar preparada, ou não, para fazer face em termos de necessidades de apoio, cuidados pessoais e de saúde a esta camada da população.

Assume-se como peremptório considerar a abordagem *long life span* como aquela que melhor compreensão transmite acerca do processo de envelhecimento (Fontaine, 2000). Abordando a “vida inteira”, insiste no facto de serem observáveis profundas modificações psicológicas ao longo desta, de modo que o desenvolvimento se processa ao longo do ciclo de vida. De acordo com Lima (2004), os pressupostos do modelo de desenvolvimento coextensivo à duração da vida, permitem aceitar um desenvolvimento tanto com aspectos positivos, como negativos, com declínios numas áreas e crescimento noutras, e sendo entendido por estabilidade e mudança. Assim, como aponta Heckhausen (2005), considera-se o desenvolvimento como multidireccional, com alterações na proporção entre ganhos e perdas ao longo de todo o ciclo de vida.

Considerando-se as perdas, as doenças, e a incongruência pessoa ambiente como desafios ao desenvolvimento na idade adulta avançada, como menciona Lima (2004), compreende-se que os maus-tratos e negligência de pessoas idosas sejam percebidos como uma forma de interrupção ao desenvolvimento e estabelecimento de tarefas adaptativas características desta fase do ciclo de vida. Deste modo, assume-se como indispensável questionar de que forma e em que extensão as situações de abuso afectam as pessoas idosas, e como se pode intervir para minorar os seus efeitos, tal como prevenir a sua ocorrência.

De acordo com Ferreira, Nunes, Carvalho, Silva e Martins (2006), a Organização Mundial de Saúde teme que o aumento do número de idosos por todo o mundo venha de alguma maneira agravar as situações de violência/maus-tratos, relacionadas particularmente com a ruptura de laços familiares e com o enfraquecimento dos sistemas de protecção social. A esta possibilidade acresce o risco de alteração ao nível da auto-estima, devido às perdas que se vão experimentando e que não se conseguem solucionar, e também devido aos

estereótipos existentes acerca do envelhecimento e que muitas vezes ainda se encontram enraizados na nossa sociedade (*idem*).

Contudo, mesmo sendo considerado um problema de saúde pública com um aumento previsível nas próximas décadas, não só porque a população está a envelhecer, como também, e principalmente, porque a par deste envelhecimento existe um sistema de saúde e de protecção social que não está preparado para fazer face eficazmente aos problemas e necessidades das pessoas idosas e das suas famílias, como expõe Ferreira-Alves (2005), este não é um assunto muito debatido na sociedade portuguesa. Uma realidade incontornável é a escassa bibliografia referente a esta temática, principalmente no que diz respeito aos dados portugueses, nomeadamente em estudos de investigação, de prevalência, e de possíveis formas de intervenção.

A APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) (1999) no manual *Títano* para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime, refere que existem vários contextos para o abuso ocasional, frequente, ou contínuo de pessoas idosas, quer seja na família, em instituições, em casa (quando reside só) ou na rua. Aponta-se para que a pessoa idosa é um dos elementos mais vulneráveis da família, sofrendo de crimes que costumam configurar situações de violência doméstica. O isolamento relacional a que podem ser votados, a falta de dignificação pessoal, a crescente redução da sua autonomia e capacidade de decisão da própria vida, a sua frequente infantilização por parte dos familiares, entre outras atitudes, tornam-na frágil e dependente, o que favorece a sua vitimação, agravada pela ambivalência de sentimentos que pode sustentar em relação aos seus agressores (*idem*).

Indo ao encontro desta perspectiva, a Associação Americana de Psicologia (1999 *in* Ferreira-Alves, 2005) alega que as situações de maus-tratos não estão confinadas aos que vivem marginalizados pela sociedade, ou que estão institucionalizados, mas sim estão também dentro do nosso meio de vida. Assim, a maioria dos casos de abuso passa-se em casa, na medida em que é aí que a larga maioria de pessoas idosas vive. Neste contexto, Dias (2004) perspectiva que o reconhecimento da violência contra os adultos idosos coloca em causa o mito da família moderna como espaço privilegiado dos afectos, tendo sido tardio o seu reconhecimento como problema social.

Associada a uma multicausalidade do abuso, na medida em que concorrem para a sua existência factores sociais, culturais, familiares e individuais, demarcam-se várias teorias explicativas para este fenómeno, em que a tónica principal se coloca maioritariamente na má qualidade da relação entre a vítima e o abusador, muitas vezes sustentada por uma relação de cuidar mal preparada, ou então pouco amparada por redes de apoio social eficazes (Anetzberger, 2000).

Em termos da análise dos factores de risco para os maus-tratos e negligência de pessoas idosas, denota-se que não existe uma relação consensual por parte dos autores, sendo que muitas vezes se discute sobre a efectiva influência de variáveis sócio-demográficas como o género, idade e agregado familiar, ou ainda o nível de independência da pessoa idosa em actividades de vida diária, tal como a relação de mútua dependência entre perpetrador e vítima, dando origem a diferentes aceções (Jones, Holstege & Holstege, 1997; National Research Council, 2003; Shugarman, Fries, Wolf & Morris, 2003).

Relativamente ao estudo dos maus-tratos aos adultos idosos, Cooper *et al.* (2006) referem que é difícil recolher informações fiáveis sobre o abuso, já que a sua existência é maioritariamente secreta, muitas vezes devido a limitações físicas e cognitivas das vítimas, que as impedem de relatar esta ocorrência, ou por desconhecimento do que são situações abusivas.

Referindo-se à prevenção do abuso na pessoa idosa, a INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse) (OMS, 2002) relembra que é preciso conhecer os desafios que se colocam na velhice, nomeadamente a crescente urbanização das sociedades, as mudanças nos núcleos familiares e quaisquer desigualdades sociais associadas a situações de pobreza. Alega também que não basta uma atitude de passividade perante o conhecimento desta realidade, ou seja, é necessário o envolvimento de todos os grupos etários da sociedade (*idem*).

Analisando as diferentes apreciações exercidas pelos autores, antevê-se como uma tarefa importante, para também contribuir de uma forma positiva na promoção do desenvolvimento individual, o estudo da incidência e prevalência dos maus-tratos e negligência de pessoas idosas, bem como dos seus factores de risco. É através da investigação que se poderá apreender as particularidades desta realidade, dando origem a acções interventivas direccionadas aos problemas encontrados.

Pelo exposto, compreende-se como propósito principal do presente estudo, realizar um estudo de prevalência e descrição dos factores de risco associados ao fenómeno dos maus-tratos e negligência na pessoa idosa. Para tal, elegeu-se como população os utentes com 65 anos ou mais, do Serviço de Urgência de um Hospital Central do distrito de Coimbra.

De forma a dar resposta ao objectivo geral e objectivos específicos delineados, dividiu-se o trabalho em duas partes.

A primeira parte, denominada fundamentação teórica, diz respeito à revisão da literatura, pretendendo-se constituir como um referencial teórico-conceptual ao estudo empírico realizado. É composta por um único capítulo sobre a temática dos maus-tratos a pessoas idosas, onde se inscrevem as definições actuais referentes aos conceitos abordados,

salientando-se o trabalhoso processo de projecção desta realidade. Abordam-se igualmente as tipologias de abuso comumente consideradas, incidindo em estudos que demonstram a sua extensão, quer a nível internacional, quer a nível nacional, seguida da enunciação de alguns factores de risco para o abuso apontados pelos autores, procurando-se evidenciar com base em estudos internacionais e nacionais as diferentes perspectivas existentes. Engloba-se também a descrição de algumas teorias explicativas do abuso elaboradas por diferentes autores, dando alguma atenção às suas implicações para a compreensão da relação entre vítima e perpetrador. O capítulo culmina com o apontar de algumas estratégias de intervenção perante situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas já empreendidas, e outras possibilidades, realçando-se a necessidade de promover estratégias preventivas que abarquem todos os segmentos da sociedade.

A segunda parte do trabalho refere-se à investigação empírica realizada e abarca três capítulos. No primeiro capítulo, correspondente à metodologia utilizada, apresentam-se os objectivos do trabalho, as hipóteses delineadas, a amostra e população examinadas. Efectua-se também a conceptualização do estudo, ao que se procede com a operacionalização das variáveis consideradas, a descrição do instrumento utilizado para a recolha dos dados, tal como os procedimentos adoptados ao longo desta. No segundo capítulo, empreende-se a apresentação e análise dos dados obtidos, que integra a caracterização da amostra e a análise das relações de cada tipologia de maus-tratos com as variáveis em estudo, que permitirão testar as hipóteses em investigação. O terceiro capítulo diz respeito à discussão dos resultados, procurando analisar cada objectivo específico do presente estudo tendo em conta o enquadramento teórico-conceptual previamente formulado, evidenciando as implicações dos resultados apresentados para a concepção actual do problema em investigação. Neste capítulo efectua-se também uma alusão às limitações encontradas durante a execução do trabalho, quer a nível teórico, quer a nível prático.

O trabalho é finalizado com o apontar das conclusões mais pertinentes do estudo e destacam-se também sugestões que se consideram adequadas face à investigação efectuada, nomeadamente ao nível de futuras linhas de investigação.

Pretende-se que o presente trabalho contribua para aumentar o conhecimento da realidade portuguesa das pessoas idosas, no que concerne à existência de situações de maus-tratos e negligência, bem como a consideração de possíveis factores de risco associados. Assim, ambiciona-se que estes dados concorram também para repensar a utilização de estratégias de avaliação do abuso de pessoas idosas.



***PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA***

## 1 – MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

Na perspectiva de Ferreira-Alves (2005) os maus-tratos e a negligência às pessoas idosas, irão afirmar-se como alguns dos problemas de saúde pública que terão um aumento previsível nas próximas décadas.

Alguns factos convergem para a explicação desta realidade, nomeadamente o envelhecimento populacional, e principalmente o facto de a par deste envelhecimento, existir um sistema de saúde e de protecção social que não está preparado para fazer face eficazmente aos problemas e necessidades dos idosos e das suas famílias.

O fenómeno dos maus-tratos contra a pessoa idosa não se pode considerar como uma realidade nova e apenas emergente em determinadas sociedades (Alberto, 2004). Contudo, o seu estudo iniciou-se tardiamente, tendo em conta que foi apenas em 1975, em Inglaterra, que se desencadearam as primeiras descrições deste complexo fenómeno, então apelidado de *granny battering* (Burston, 1975).

Dias (2004), apontando o caso específico da violência familiar, refere que o processo de reconhecimento de que os idosos são vítimas de violência na sua própria família foi bastante difícil, uma vez que a possibilidade destes serem vítimas de violência nos seus próprios lares abala o mito da família como espaço privilegiado de afectos e segurança. Reconhece-se um paradoxo que reside numa família moderna que dá de si a imagem de afectividade e autenticidade, mas que é também um lugar de sujeição e exercício de violência sobre os seus membros (*idem*).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (APAV, 2006; APAV, 2007) tem assinalado nos seus relatórios um aumento do número de queixas, no que diz respeito à violência contra pessoas idosas. Por exemplo, em 2006 185 pessoas com 65 anos ou mais contactaram esta instituição, enquanto em 2007 este número subiu para 537. Esta ocorrência poderá dever-se tanto ao aumento da criminalidade, como ao aumento do número de queixas, talvez possibilitado pelo incremento da evidência do problema do abuso à pessoa idosa.

Nos últimos anos, pôde-se observar uma preocupação crescente no sentido de identificar a incidência e prevalência desta problemática, bem como os seus factores de risco e dinâmicas inerentes ao processo de abuso. Este facto revela-se através de um maior número de trabalhos de investigação realizados a par de um investimento no aumento da visibilidade social das características do processo de envelhecimento, com o intuito de desmistificar estereótipos.

Porém, apesar dos recentes avanços e incrementos no sentido de uma compreensão do fenómeno dos maus-tratos a pessoas idosas, passo essencial para delinear intervenções significativas e baseadas nas necessidades desta população, denotam-se ainda bastantes lacunas, como por exemplo a determinação da sua extensão. A este propósito, Ferreira, Vieira e Firmino (2006) referem que a verdadeira incidência e prevalência deste fenómeno é extremamente difícil de quantificar. Os autores apontam como razões para este facto a situação de dependência existente entre abusado e abusador, a vergonha das vítimas face ao abuso e ainda a limitação de acesso às residências dos idosos, a par de uma possível limitação cognitiva e/ou física que os impede de reportar a sua existência (*idem*).

No encontro desta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2003) reconhece o aumento de esforços a nível internacional com o objectivo de ampliar de forma substancial o conhecimento e a consciencialização acerca do abuso à pessoa idosa. Contudo, apesar do desenvolvimento de meios para estudar o problema, como os avanços metodológicos presenciados, julga-se premente apostar em acções interventivas, quer a nível nacional, regional ou local (*idem*).

No sentido de tentar nortear uma intervenção eficaz e efectiva, surge, em Novembro de 2002 (OMS, 2003) a Declaração de Toronto para a prevenção global dos maus-tratos à pessoa idosa. Assume-se como uma “chamada para a acção” e contempla alguns pontos a ponderar e debater, para que as medidas preventivas a tomar sejam bem fundamentadas e delineadas para colmatar falhas presentes. Nomeadamente, refere-se o facto de existir pouca incidência jurídica (instrumentos legais), lembrando também que a prevenção dos maus-tratos à pessoa idosa requer a participação de múltiplos sectores da sociedade, conferindo aos profissionais de saúde um papel preponderante, principalmente no despiste e identificação de casos. Esta Declaração defende também que a educação e transmissão de informação são vitais, tanto no sector formal (educação de profissionais), como através dos meios de comunicação (combater o estigma e eliminar estereótipos sobre a velhice). Lembra ainda que o problema dos maus-tratos a pessoas idosas é universal, existente tanto em países desenvolvidos, como em países em vias de desenvolvimento, sendo que em ambos é no contexto familiar e/ou na “unidade onde se efectuam os cuidados” que ocorre a maioria dos casos de abuso. Assim, é fundamental obter uma perspectiva cultural para compreender em profundidade o fenómeno, tal como considerar as diferenças de género, tendo em conta as construções sociais relacionadas. Pretende-se igualmente veicular a informação referente à existência de grupos de risco, tendo em conta que existem pessoas idosas que pelas suas condições são particularmente vulneráveis (como os muito idosos, os que sofrem de incapacidades funcionais, as mulheres e os pobres). Compreende-se então que se assuma

como essencial a existência de uma cultura favorecedora da solidariedade intergeracional, para uma prevenção eficaz dos casos de abuso a pessoas idosas. Para além disso, não basta identificar os casos de abuso, sendo que cabe a cada país a responsabilidade de desenvolver estruturas que permitam o acesso a serviços de saúde, sociais, de protecção legal, policiais, entre outros, para responder de forma adequada, e eventualmente, prevenir o problema (*idem*).

Reflectindo sobre as considerações tecidas pela OMS e por outros autores que se têm debruçado sobre a temática, crê-se como premente efectuar novos estudos de incidência e prevalência, tentando também analisar factores de risco e as próprias experiências de abuso, para que se possa compreender em profundidade a realidade e assim modelar acções interventivas direccionadas a cada problema encontrado.

Tendo em conta que o propósito deste trabalho vai ao encontro das necessidades expressas, nomeadamente na realização de um estudo sobre a incidência do abuso à pessoa idosa e seus factores de risco, torna-se necessário abordar estas questões em detalhe, para que se possam apreender da forma mais completa possível, fundamentando e substanciando o trabalho empírico empreendido.

Deste modo, encontra-se de seguida uma breve exposição sobre o tema dos maus-tratos na pessoa idosa, englobando a problemática da definição, tipologia, factores de risco, algumas das teorias explicitadas pelos autores e questões acerca de intervenções já desenvolvidas e possíveis intervenções a desenvolver.

## 1.1 – PROBLEMÁTICA DA DEFINIÇÃO

De acordo com Pasinato, Camarano e Machado (2004), os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência, desde insultos e agressões físicas perpetradas por familiares e cuidadores (violência doméstica), a maus-tratos em instituições públicas e privadas e também decorrentes de políticas socioeconómicas que reforçam as desigualdades presentes na sociedade (violência social).

Wolf e Pillemer (1989 *in* Dias, 2004) argumentam que os maus-tratos a pessoas idosas constituem uma categoria particular de violência doméstica, e que por isso devem ser alvo de uma atenção especial, não só pelas características específicas desta fase da vida humana, como também pela forma como a própria sociedade se relaciona com os adultos idosos. Se por um lado a deterioração das capacidades fisiológicas e neurológicas da pessoa idosa a torna mais vulnerável à prática de abusos, por outro lado, o seu estatuto por vezes apresenta-se

desvalorizado na nossa sociedade, o que pode contribuir para um aumento do risco de serem vítimas de violência.

Tendo em conta a tardia aposta no reconhecimento e estudo do abuso na pessoa idosa, Dias (2004, p.48) aponta para que “a consideração dos maus-tratos aos idosos como uma categoria particular de violência decorre também da forma como a sociedade tem vindo a abordar este fenómeno”. Nos países em que foi primeiramente estudado, criaram-se uma série de serviços com vista a dar resposta às necessidades desta camada da população, reconhecendo esta forma de maus-tratos como um problema distinto das outras formas de violência doméstica, cuja realidade deveria ser alvo de atenção especial por parte de investigadores, políticos e profissionais desta área (Wolf & Pillemer, 1989 *in* Dias, 2004).

De acordo com Dias (2004a), os sentimentos e os estereótipos negativos apresentam-se como um dos quatro factores que levou à emergência da questão da violência contra os adultos idosos como um problema social, e está relacionado com a existência na sociedade de um sentimento ambivalente em relação à terceira idade, pois se por um lado existe uma preocupação social com o seu bem-estar, por outro lado ainda permanece um sentimento negativo relativamente a esta fase da vida, encarando as pessoas idosas como um peso para os demais. Um outro factor prende-se com o acentuado envelhecimento da população nas sociedades ocidentais. Um terceiro factor está relacionado com a inclusão desta forma de violência no espectro geral da violência doméstica, o que fez com passassem a ser considerados como vítimas possíveis de uma forma particular de violência na família. Um último factor diz respeito ao crescimento da preocupação social com as pessoas idosas enquanto potenciais vítimas de crime, atribuindo-se uma noção de problema social grave e específico (*idem*).

Na perspectiva de Selwood, Cooper e Livingston (2007), existem dificuldades inerentes ao estudo do abuso na pessoa idosa, tendo em conta que este é um crime muitas vezes oculto na sociedade, frequentemente perpetrado contra pessoas vulneráveis, muitas delas com diminuição da memória e estado de consciência e que apresentam relações de dependência com o agressor.

Perel-Levin (2008) reporta a falta de consenso relativamente à definição de maus-tratos no indivíduo idoso, referindo que esta advém da utilização ao longo dos anos de várias teorias explicativas, que apesar de convergirem em determinados factores, originam também uma multiplicidade de conceitos.

A este propósito, o National Center on Elder Abuse (2005), correspondente aos Estados Unidos da América (EUA), alega que devido à existência de definições variadas é difícil

apontar com precisão que acções, ou falta delas, se constituem como abuso, podendo contribuir para que a realidade do problema permaneça oculta.

Partilhando da mesma visão, o comité National Research Council dos EUA (2003), que foi organizado para fazer uma revisão sobre os factores de risco e a prevalência do abuso e negligência na pessoa idosa, nos EUA, reporta o facto que um dos obstáculos à investigação acerca dos maus-tratos nas pessoas idosas é a utilização por parte dos investigadores de múltiplas definições complexas e com grande variabilidade. Assim, alega que é necessário providenciar definições de investigação uniformes e clarificadoras, que sejam suportadas por um vocabulário científico (*idem*).

Deste modo, e segundo o estipulado pelo comité referido, será fulcral operacionalizar elementos essenciais que constituam a definição, tais como: pessoa idosa, vulnerabilidade e relação de confiança. Por pessoa idosa deverá entender-se a utilização de uma idade específica, comumente 65 anos, estando os elementos de vulnerabilidade empiricamente definidos tendo em conta as características pessoais que possam emergir como factores de risco para os maus-tratos (*idem*). Considera-se como vulnerabilidade a dependência de outrem em questões financeiras, físicas ou emocionais, e ainda a incapacidade para o auto-cuidado ou protecção pessoal (*idem*). Relativamente à definição de relação de confiança, pode-se englobar uma relação de prestação de cuidados, ou uma relação social ou profissional, em que a pessoa tem responsabilidades para com a pessoa idosa, no sentido de proteger os seus interesses, podendo a perspectiva de responsabilidade ser designada por lei ou por convenções sociais (*idem*).

Por outro lado, Daichman (2006) refere que todas as definições apresentadas requerem uma integração no contexto cultural de cada país ou região. A OMS (2002) relembra que algumas culturas possuem rituais firmemente enraizados e que devem ser considerados para uma visão mais abrangente e integradora do fenómeno de abuso. Assim, Wolf (2000) alega que um comportamento se define como abusivo, negligente ou de exploração para com a pessoa idosa, dependendo não só da sua frequência, duração, intensidade, severidade, e consequências, como também do contexto cultural em que ocorre.

A este propósito, Perel-Levin (2008) argumenta que todas as definições de maus-tratos à pessoa idosa requerem a integração num contexto cultural subjacente, para além de ser crucial a percepção do próprio idoso relativamente a este problema, pois esta, na perspectiva de Moon (2000), influencia a sua identificação e possíveis intervenções.

Mercurio e Nyborn (2006) realizaram um estudo sobre as definições culturais em Portugal de maus-tratos na pessoa idosa. A partir de uma amostra de 34 participantes, os autores procuraram conhecer alguns exemplos de comportamentos que os indivíduos

identificavam como formas de maus-tratos (extremas, moderadas e leves), integrando-as em categorias (maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos e negligência). Verificou-se que a negligência foi a forma de maus-tratos mais identificada, sendo que os autores atribuem este facto ao enraizamento cultural da responsabilidade familiar para com o idoso. Os maus-tratos físicos foram, frequentemente, associados a uma forma extrema de maus-tratos. Os abusos sexuais não foram mencionados, sendo que os autores referem que estes factos podem dever-se à expectativa da inexistência de abuso sexual da pessoa idosa por parte dos seus filhos adultos. O abuso económico foi pouco referenciado, existindo apenas menção ao controlo do dinheiro. Observou-se também que, quanto maior a idade dos participantes, maior é o número de referências ao desrespeito aos mais velhos como uma forma extrema de maus-tratos. Os autores referem-se a este facto tendo em conta que o envelhecimento individual poderá condicionar a sua perspectiva de maus-tratos. Ou seja, ao envelhecer os indivíduos vão tomando mais consciência de como gostariam de ser tratados na idade adulta avançada, e isso influencia as suas respostas. Relativamente ao abandono, verificou-se que não foi referido por nenhum homem, tendo sido referido por três mulheres como uma forma extrema de maus-tratos, o que segundo os autores pode querer dizer que as mulheres portuguesas estão mais preocupadas do que os homens com o possível abandono das responsabilidades dos principais cuidadores das pessoas idosas. Os autores alegam ainda que este achado vai ao encontro das considerações da OMS, quando apontam para um maior risco das viúvas para o abandono. Assim, Mercurio e Nyborn (2006) constataam que a idade e a experiência de vida contribuem para a construção das concepções de maus-tratos, logo, será útil replicar este tipo de estudos com o intuito de conhecer melhor as concepções de diferentes populações.

Tendo em conta as definições sugeridas pelos vários autores, e tentando alcançar algum consenso no sentido de progredir tanto ao nível da intervenção, como ao nível da investigação, Lachs e Pillemer (2004) apontam que se deve responder a algumas questões essenciais, entre as quais: qual a definição geral de abuso na pessoa idosa?

A definição proposta pela Action on Elder Abuse, no Reino Unido (1995 *in* OMS, 2002) refere-se aos maus-tratos no idoso como sendo uma acção única ou repetida, ou ainda, a ausência de uma acção devida, que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorre dentro de um relacionamento em que exista expectativa de confiança. Assim, e como nos aponta Gomes (2000), esta noção enquadra-se numa definição de violência enquanto actos dirigidos a uma outra pessoa, visando produzir um sofrimento físico, um atentado à sua integridade corporal, psicológica, social e material ou à sua destruição.

Relativamente a esta definição, Perel-Levin (2008) alude para o facto de que esta não inclui actos de violência aleatórios associados a acções criminosas, podendo incorrer no risco de ser limitativa.

Por outro lado, Cohen, Levin, Gagin e Friedman (2007) acrescentam a noção de intencionalidade, mencionando que o abuso na pessoa idosa define-se como um conjunto de acções intencionais realizadas por um prestador de cuidados, ou alguém numa posição de confiança, que causam dano a uma pessoa idosa vulnerável, ou criam risco de dano (quer se tenha a intenção ou não de provocar dano), ou ainda a falha por parte do prestador de cuidados em satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa, ou de a proteger de qualquer tipo de sofrimento.

Também Browne e Herbert (1997 *in* Alberto, 2004) abordam a questão da intencionalidade do dano, associando-o a uma perspectiva de passividade. Assim, argumentam que o maltrato do idoso pode assumir uma valência passiva, ou seja, sem intenção, que se manifesta pela negligência (física, psicológica ou sexual), e/ou uma valência activa (intencional) que se expressa pelo abuso (físico, psicológico ou sexual). Sendo a negligência, de acordo com Gonçalves (2006), uma forma de privar a pessoa idosa das suas necessidades físicas, psicológicas, afectivas ou espirituais, Decalmer e Glendenning (1997), aludem para que a negligência física se manifesta pela ausência de cuidados de saúde e de higiene, remetendo-se a negligência psicológica para a falta de atenção ou afecto, e a negligência sexual para a falha na protecção sexual do idoso. Por outro lado, sendo o abuso um modo de constrição voluntária e activa, pois existe a intenção de causar dano (Gonçalves, 2006), distingue-se, na perspectiva de Decalmer e Glendenning (1997), o abuso físico (inclui a medicação excessiva e/ou desapropriada, ataque físico, coerção forçada fisicamente ou aprisionamento), o abuso psicológico (que integra a humilhação, hostilização, manipulação) e o abuso sexual (violação e/ou incesto). Contudo, é de referir que na opinião de vários autores a negligência pode tanto assumir uma valência passiva, como activa (National Research Council, 2003).

Por sua vez, Giurani e Hasan (2000) colocam a tónica na existência de violação dos direitos humanos aquando do acto de abuso. A este propósito, Fernandes (1998 *in* Dias, 2005) refere que as acções consideradas provocam não só sofrimento físico, psicológico e emocional, como também se constituem como uma violação dos direitos humanos.

Relativamente à questão da decisão sobre o que é ou não abuso, Selwood, Cooper e Livingston (2007) apontam a necessidade de incluir princípios éticos nas definições, que em muitas vezes são díspares entre prestadores de cuidados e familiares de pessoas idosas. Dando o exemplo da imobilização de uma pessoa sozinha em casa, referem que apesar do objectivo desta acção poder ser impedir que a pessoa se magoe, não deixa de ser uma acção abusiva.



Contudo, é preciso enquadrar as acções no contexto em que ocorrem. As autoras mencionam que cada comportamento deverá ser avaliado como abusivo tendo como ponto de partida a sua severidade e frequência de ocorrência. Será também preciso avaliar as reacções emocionais e qualquer alteração existente na relação de confiança para decidir sobre o que é ou não um comportamento de abuso (*idem*).

Ampliando as noções anteriormente referidas, Oliveira (2005) indica alguns exemplos de violência contra os idosos, mais ou menos patente ou camuflada, que podem englobar: maus-tratos físicos (a começar na família, continuando nos Centros de Dia e Lares de Idosos), falta de atenção e carinho, falta de tempo para os ouvir e servir, falta de estimulação, considerá-los de forma massificada e não como pessoas individuais, dificuldades na assistência a todos os níveis (a começar pela saúde), não providenciar ocupação, o culto da juventude (renegando tudo o que não é 'jovem'), falta de adequação de estruturas arquitectónicas para a sua idade, entre outros. Como se pode depreender da noção deste autor, a violência contra as pessoas idosas abarca toda uma panóplia de vertentes, e que muitas vezes se prendem com a própria actuação da sociedade perante as pessoas idosas.

Tendo em conta o exposto, percepção-se a existência de vários tipos de atitudes que se constituem como maus-tratos à pessoa idosa. Nesse sentido, o ponto seguinte irá retratar a tipologia existente defendida por vários autores, fazendo também alusão a alguns estudos que tentaram determinar a sua incidência e prevalência em diferentes populações.

## 1.2 – TIPOLOGIA

Lachs e Pillemer (2004) defendem que todos os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer os sinais e sintomas dos diferentes tipos de abuso na pessoa idosa, no sentido de conseguirem criar um plano de tratamento efectivo e objectivo adequado aos problemas de cada vítima.

O comité nacional de abuso de pessoas idosas nos EUA (National Center on Elder Abuse, 1998 *in* Ferreira-Alves, 2005), optando por uma postura mais pragmática do que conceptual, fez uma análise e revisão das definições existentes, resultando em definições operatórias e com relevância jurídica, clínica e educativa para a sua identificação e prevenção. Os sete tipos de abuso para pessoas idosas não institucionalizadas que foram identificados englobam (*idem*):

- **abuso físico:** uso não accidental da força física, que pode resultar em ferimentos corporais; punição física; sub ou sobremedicação;

- **abuso sexual:** contacto sexual não consensualizado;
- **abuso emocional ou psicológico:** inflação de angústia, dor ou aflição por meios verbais ou não verbais; humilhação, infantilização ou ameaças;
- **exploração material ou financeira:** uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa;
- **abandono:** a deserção por parte de um indivíduo que tinha a custódia física de uma pessoa idosa, ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe prestar cuidados;
- **negligência:** recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com a pessoa idosa;
- **autonegligência:** comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde e segurança (excluindo situações de pessoas mentalmente capazes).

Relativamente ao abuso psicológico, Dias (2005) refere que leva muitas vezes a sentimentos de medo e apatia, e ainda a dificuldades em tomar decisões, o que poderá levar a uma diminuição da dignidade e auto-estima do indivíduo idoso.

Referindo-se ao abuso financeiro, Tueth (2000) alega que este tipo de abuso está, na maioria das vezes, ligado a situações de abuso psicológico, incluindo situações de intimidação e ameaça. Para além disso, no caso específico das pessoas idosas com limitações cognitivas, este abuso pode ser ainda mais dissimulado, o que impede a sua detecção.

A maioria das definições propostas pelos autores converge para esta tipologia, apesar de por vezes se apontar a inclusão ou exclusão de determinado tipo de maus-tratos na pessoa idosa, tendo em conta a relevância dada pelos autores.

Numa óptica mais sintética, Carney, Kahan e Paris (2003) resumem as tipologias em **abuso físico** (podendo integrar o abuso sexual), **abuso emocional**, **abuso financeiro** e **negligência** (passiva ou activa).

Outros autores, como a American Psychological Association (APA), consideram também o facto de as pessoas idosas com demência poderem ter comportamentos abusivos para com os seus cuidadores, também eles idosos. Apesar destes comportamentos serem explicados devido à patologia, não poderão deixar de ser considerados maus-tratos (APA, 2007a).

A OMS (2002) acrescenta como categoria o **abuso estrutural e da sociedade**. Segundo os autores, este exemplo de maus-tratos está relacionado com a incapacidade dos governos em suprirem as necessidades das pessoas idosas. Integram-se neste campo, por exemplo, a existência de reformas insuficientes para fazer face às necessidades básicas e cuidados de saúde e de acomodação (incluindo respostas sociais aquando de situações de doença) inadequados. Considera-se que a prevenção do abuso na pessoa idosa é uma responsabilidade

pública, fazendo parte das responsabilidades de qualquer governo cuidar dos membros mais vulneráveis da sua sociedade. Logo, deverá ser uma prioridade apostar na prevenção do abuso na pessoa idosa, promovendo o acesso universal aos cuidados de saúde e serviços de apoio social. Sugere-se também a criação de apoios para as famílias que cuidam dos seus idosos a fim de evitar situações de stresse do cuidador, que aliadas a uma mudança nos papéis sociais (principalmente as mulheres como cuidadores principais que acumulam bastantes funções) poderão levar a situações de negligência física e emocional, ou até mesmo maus-tratos físicos (*idem*). Também as Nações Unidas (2002), na mesma ordem de ideias, referem a existência de abuso do sistema social, e violência económica, sustentando o fundamento da possível marginalização das pessoas idosas através de políticas sociais e económicas que favorecem a discriminação.

Por outro lado, a OMS (2002) refere-se à **negligência** e **abandono** colocando a tónica na deserção das responsabilidades da família para com os seus idosos. Um exemplo desta prática é o abandono do familiar idoso nos hospitais, protelando altas hospitalares, ou até mesmo uma afluência maior de idosos às urgências hospitalares em épocas festivas ou férias (*idem*). De acordo com os autores, quando a pessoa idosa tem capacidade para se aperceber desta situação, existe um impacto negativo quer a nível físico quer a nível emocional, uma vez que 90% dos idosos incorre em sintomas depressivos, o que leva a uma maior dificuldade no seu tratamento e recuperação (*idem*).

Numa perspectiva mais ampla, as Nações Unidas (2002) referem ainda como formas de maus-tratos na pessoa idosa: **falta de respeito** (percebido como atitudes insultuosas); **violência doméstica** (enquadrada numa quebra das relações familiares); **violência da comunidade** (integrando atitudes criminosas); **violência política e conflitos armados** (envolvendo a existência de condições deficientes em termos de saúde, alimentação e alojamento, entre outros); e também a **violência relacionada com o HIV** (que leva a discriminação).

Relativamente ao **ageism** (idadismo), também se poderá considerar como uma forma de abuso (OMS, 2002). Segundo Fonseca (2006), o *idadismo* corresponde a um estereótipo, preconceito ou discriminação baseados na idade, mais especificamente, e neste caso, face a pessoas idosas. Na perspectiva de Simões (1985), trata-se de generalizações abusivas, extremas, e mais frequentemente negativas do que positivas. Ou seja, de acordo com Cavanaugh (1997), será uma forma de discriminação das pessoas baseada simplesmente na idade que apresentam.

De acordo com Dias (2004), os sentimentos e estereótipos negativos encorajam muitos dos comportamentos abusivos praticados sobre as pessoas idosas. A crença numa diminuição

generalizada de capacidades, motivações, e da sua qualidade de vida, permanece como um estigma, podendo induzir as pessoas, à medida que envelhecem, a olharem para si mesmas e a comportarem-se de acordo com uma imagem estereotipada, em que eles erradamente acreditam. Correm o risco de se conformar às expectativas que os outros criam sobre si, negando e nem sequer aproveitando as suas verdadeiras capacidades. Na perspectiva de Nelson (2002 *in* Fonseca, 2006), as crenças idadistas, em que os idosos acreditam, podem levá-los a comportar-se sob formas menos activas, quer física, quer mentalmente, e ainda a adoptar uma imagem de incompetentes e incapazes, comprometendo a sua própria satisfação com a vida. Assim, para Fonseca (2006, p.107), identifica-se esta situação como uma “«armadilha cultural» capaz de influenciar a atitude da sociedade e das suas instituições face à velhice e aos idosos, os quais por sua vez correspondem manifestando os comportamentos que deles são esperados”.

A OMS (2002) relembra o papel decisivo que os meios de comunicação têm no processo de veiculação de estereótipos, mencionando que a necessária aposta na prevenção do abuso na pessoa idosa também deverá passar pela utilização destes meios.

Dias (2005) alega que apesar de ser extensa a diversidade de práticas abusivas, é pertinente dotar o conceito de maus-tratos nas pessoas idosas de consistência definicional, para que se possam comparar com segurança os resultados obtidos pelos diversos estudos, assegurando a eficiência das intervenções a desenvolver.

Em termos estatísticos, Giurani e Hasan (2000) alegam que é difícil identificar a incidência e prevalência dos maus-tratos à pessoa idosa, tendo em conta que tanto a vítima como o perpetrador tendem a negar o problema, não tendo em conta a seriedade das acções e consequências envolvidas. Nesta perspectiva, Wolf (2000) alega que por cada caso de maus-tratos referido às autoridades, pode-se assumir a existência de 5 casos por reportar. Para além disso, tendo em conta que muitos adultos idosos vítimas de maus-tratos podem estar confinados numa casa e isolados, com impedimentos cognitivos e com deficits em termos de acompanhamento médico e social, a proporção de pessoa idosas que são vítimas de abusos e não reportam a sua condição poderá ser ainda muito maior (*idem*).

Ferreira, Vieira e Firmino (2006) defendem que tanto o agente como a vítima tendem a negar a situação ou a minorar a sua gravidade, facto que poderá estar ligado à relação de dependência do abusado em relação ao abusador, muitas vezes direccionado por laços familiares, ou ainda pela vergonha, e até medo, dos idosos em declarar a sua situação.

O National Center on Elder Abuse (2005 *in* APA, 2007) refere que aproximadamente 1 a 2 milhões de Americanos com 65 anos ou mais foram abusados ou negligenciados pelas pessoas que são responsáveis pelos seus cuidados e protecção. Num estudo realizado por este

centro em 1998 nos EUA, verificou-se que a maior parte dos casos referenciados correspondem a situações de negligência (48.7%), sendo que o abuso emocional ou psicológico foi também bastante mencionado (35.4%), seguindo-se o abuso financeiro (30.2%) e o abuso físico (25.6%), e em incidência reduzida o abandono (3.6%) e o abuso sexual (0.3%) (National Center on Elder Abuse, 1998 *in* Ferreira, Vieira & Firmino, 2006).

Alguns estudos internacionais têm dado a conhecer a prevalência e incidência desta problemática. Por exemplo, um estudo Finlandês (Kivela *et al.*, 1992 *in* Giurani & Hasan, 2000) aponta para uma percentagem de abuso de 5.4% na população estudada, sendo que o abuso psicológico foi o mais referido. Já um estudo realizado em 1993 no Reino Unido (Ogg, 1993 *in* Giurani & Hasan, 2000) demonstrou a existência de 5.3% de abuso verbal e 1.5 % de abuso físico e financeiro. Contudo, é necessário ter em conta que em muitos destes estudos não existe uma convergência de definições, e as metodologias utilizadas são diferentes, o que impede uma comparação de resultados fidedigna (OMS, 2002a). Neste sentido, Ferreira, Vieira e Firmino (2006) alegam que apesar de algumas exceções, a maior parte dos estudos sobre esta problemática apoiam-se em amostras pequenas, em que o abuso pode estar confirmado, ou ser apenas uma suspeita. Logo, tendo em conta que os estudos não são generalizáveis, e sendo impossível determinar a extensão real do fenómeno, é pertinente afirmar que as situações conhecidas e sinalizadas correspondem a uma minoria (*idem*).

Kurrle, Sadler e Cameron (1992 *in* Marmolejo, 2008) estudaram o abuso na pessoa idosa através de uma amostra de 1.176 pessoas com mais de 64 anos, não institucionalizados. Constataram a existência de uma percentagem geral de maus-tratos de 4.6%, com 29 casos de abuso psicológico, 25 de abuso físico, 16 de negligência e 13 de abuso económico. De referir que 18 pessoas idosas tinham sofrido mais do que um tipo de abuso (*idem*).

Podnieks *et al.* (1989 *in* Marmolejo, 2008), através de um inquérito telefónico aleatório a 2000 pessoas idosas residentes no Canadá, verificaram a existência de uma percentagem de 4% para a existência de maus-tratos, sendo que 0.2% dos indivíduos sofriam maus-tratos físicos, 1.1% maus-tratos psicológicos, 4% negligência e 2.5% abuso económico.

Na China, Tang e Yan (2001 *in* Marmolejo, 2008) realizaram uma entrevista presencial a 355 pessoas com mais de 60 anos e residentes em Hong Kong. Os resultados revelaram uma prevalência geral de maus-tratos de 21.4%, e destes 2% correspondem a abuso físico e 20.8% a maus-tratos verbais, sendo que 17.1% dos indivíduos apresentou mais do que um tipo de abuso.

Pavlik, Hyman, Festa e Dyer (2001) realizaram um estudo descritivo, utilizando os dados de um Departamento de Protecção de Pessoas Adultas referente ao ano de 1997. Relativamente aos sujeitos com mais de 65 anos, verificaram 62000 alegações de maus-tratos

e negligência, representando 30610 indivíduos. Destas, 51% correspondem a negligência, 21% a negligência médica, 12% a abuso físico, 8 % a abuso financeiro, 6% a abuso emocional e uma minoria de 0.01% a abuso sexual.

Pillemer e Finkelhor (1988 *in* Marmolejo, 2008) conduziram um estudo através da realização de entrevistas a 2000 pessoas com mais de 64 anos. Nos seus resultados, verificaram que 3.2% dos sujeitos da amostra apresentavam evidências de maus-tratos. Para o abuso físico, a prevalência foi de 2%, seguido dos maus-tratos verbais (1.1%) e da negligência (0.4%).

Em Israel, Eisikovits, Winterstein e Lowenstein (2004 *in* Marmolejo, 2008) através de uma entrevista pessoal a 1045 pessoas reformadas não institucionalizadas, em que era questionado se tinham sofrido algum tipo de abuso nos 12 meses anteriores, constataram que 18.4% dos sujeitos da amostra responderam afirmativamente à questão. Verificou-se igualmente que 18% dos indivíduos sofria de negligência, seguido de maus-tratos verbais (8%), abuso económico (6.6%) e por fim maus-tratos físicos ou sexuais (2%).

Seguindo a mesma metodologia que o estudo anterior, O’Keeffe *et al.* (2007 *in* Marmolejo, 2008) escolheram como amostra 2100 pessoas com mais de 65 anos residentes no Reino Unido. Os autores verificaram que 2.6% dos sujeitos da amostra sofriam de maus-tratos. Relativamente à tipologia do abuso, constataram que 1.1% dos indivíduos eram negligenciados, 0.7% dos sujeitos referiam ser abusados economicamente, 0.4% sofriam maus-tratos psicológicos, 0.4% apresentam maus-tratos físicos, enquanto apenas 0.2% dos indivíduos referiram abusos sexuais.

Vida, Monks e Rosiers (2002) conduziram um estudo num serviço de Psiquiatria Geriátrica de um Hospital, e os seus objectivos prendiam-se em determinar a prevalência das tipologias de abuso consideradas. A amostra incluiu 126 pessoas idosas, e identificaram em 16% dos inquiridos suspeita, ou até mesmo confirmação, de abuso. O abuso financeiro (13%) foi o mais referido, seguindo-se a negligência (6%), o abuso emocional (4%) e finalmente o abuso físico (2%). Assim, os autores alegam a necessidade de providenciar mais recursos para lidar com as situações de abuso, nomeadamente o apoio de equipas multidisciplinares nos serviços de Psiquiatria Geriátrica, para que se possa identificar e intervir adequadamente nas situações evidenciadas (*idem*).

Fulmer, Paveza, Abraham e Fairchild (2000) debruçaram-se sobre a problemática da negligência na pessoa idosa, visto ser um dos tipos de maus-tratos que maior prevalência tem. Aplicaram, entre outros instrumentos, o Elder Assessment Instrument de Fulmer (1984 *in* Fulmer, Paveza, Abraham e Fairchild, 2000), recolhendo os dados de um serviço de urgência hospitalar. Foi escolhido o período temporal das 10 às 18 horas para a realização do despiste,

tendo em conta que se verificou que a maioria dos idosos recorria ao serviço de urgência neste período. Observaram-se 180 utentes com 70 ou mais anos, sendo que após a aplicação dos critérios de exclusão integraram-se na amostra 20% dos utentes iniciais (n=36). Verificou-se, após confronto entre o despiste inicial de enfermagem e uma avaliação subsequente por uma equipa multidisciplinar, uma avaliação semelhante em 71% dos casos, o que correspondeu à confirmação de 7 casos de negligência. O estudo demonstrou que pessoas idosas doentes e fragilizadas participariam neste tipo de projectos de investigação. Nos seus resultados, verificaram que é necessária a avaliação multidisciplinar nos casos de negligência na pessoa idosa, sendo imprescindível a colaboração de profissionais treinados, como enfermeiros. Além do mais, os autores afirmam que os serviços de urgência são muitas vezes o primeiro ponto de contacto com situações de maus-tratos na pessoa idosa, logo, é importante que a equipa multidisciplinar esteja alerta para os sinais e sintomas correspondentes às diferentes formas de abuso, e principalmente possua instrumentos de despiste precisos e fáceis de utilizar, tendo em conta os limites temporais impostos pelo trabalho num serviço complexo como o que trata o estudo. Almeja-se ainda a criação de protocolos de procedimentos que guiem a prática em casos de suspeita de abuso, criando respostas em tempo útil, tão necessárias quando está em risco a saúde física e psicológica de uma pessoa. Assim, os autores concluem que a negligência no idoso pode ser despistada em serviços de urgência, tendo em conta que esse despiste pode melhorar a qualidade de vida e diminuir o número de mortes nesta franja vulnerável da população (*idem*).

Cohen, Levin, Gagin e Friedman (2007) realizaram um estudo em Israel, cuja amostra corresponde a 730 pessoas, com 70 ou mais anos, hospitalizadas em hospitais gerais nos anos de 2004/2005, e integrando também os seus principais cuidadores informais. Os objectivos do trabalho compreendiam comparar três tipos de instrumentos direccionados à avaliação do abuso na pessoa idosa: questões directas sobre a existência ou não de abuso baseadas nas descrições da pessoa idosa; identificação de sinais evidentes de abuso; e avaliação de alto risco para o abuso. Os autores partiram do pressuposto que o hospital é um campo óptimo para a identificação de possíveis situações de abuso, antes da pessoa idosa retomar ao seu domicílio, na medida em que se constitui como um lugar, supostamente, seguro para o idoso e onde os processos de despiste podem ocorrer de uma maneira mais fiável. Para além disso, como referem Cohen *et al.* (2006 *in* Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007), verifica-se nos estudos realizados em hospitais uma maior percentagem de abuso na pessoa idosa. Esta ocorrência pode ser explicada porque as pessoas que acorrem aos serviços de saúde hospitalares encontram-se numa situação de saúde mais debilitada, e se existir uma situação de maus-tratos que leve ao internamento, são geralmente situações mais graves e de melhor

identificação, como no caso do abuso físico. Ou ainda, porque no hospital os utentes são sujeitos a uma maior observação médica e de enfermagem, que poderá conduzir a um maior despiste (*idem*). No que concerne aos resultados, os autores constataram que 5.9% dos inquiridos referiram ter experienciado comportamentos abusivos, 21.4% foram identificados como tendo sinais evidentes de abuso e 32.6% foram classificados como tendo alto risco para situações de abuso. Mais de 70% das pessoas que reportaram indicadores de abuso foram identificadas como tendo sinais evidentes de abuso e como tendo alto risco para o abuso (Cohen, Levin, Gaglin & Friedman, 2007).

Verificou-se que, apesar de se identificar que a maior parte dos sujeitos que referiram a existência de abuso também apresentam sinais evidentes de abuso, tal como estão em risco de abuso, o contrário já não se verifica em tão grande escala. Ou seja, apenas uma pequena parcela dos inquiridos que apresentam sinais evidentes de abuso e que estão identificados como tendo alto risco de abuso, referem comportamentos de maus-tratos. Assim, compreende-se que as pessoas idosas estão muito mais expostas a situações de abuso, do que aquilo que referem (*idem*).

Relativamente à referência de abuso pela pessoa idosa, os autores verificaram que a maioria dos inquiridos aponta a sensação de ameaça por parte do familiar cuidador e o abuso psicológico. No que diz respeito aos sujeitos que apresentaram sinais evidentes de abuso, 83.3% apresentou um tipo de abuso, 22.4% apresentou dois tipos, 14.1% apresentou três tipos, 0.2% apresentou quatro tipos, sendo a percentagem igual sobre quem apresentou cinco tipos de abuso. O abuso físico (1.1%) e o abuso sexual (0.7%) foram raros, cabendo à negligência (14.4%), ao abuso psicológico (9.2%) e ao abuso financeiro (8.9%) as maiores percentagens (*idem*).

Os autores relatam também que a simultaneidade da identificação dos inquiridos através das três escalas depende da tipologia do abuso. Assim, uma elevada percentagem de pessoas idosas com sinais evidentes de abuso psicológico, negligência e abuso financeiro foram também identificadas como tendo alto risco para o abuso. A referência de abuso é muito mais prevalente nos inquiridos que sofreram abusos físicos e sexuais, talvez porque como são formas bastante graves de abuso, as pessoas sentem uma maior necessidade de relatar o seu sofrimento (*idem*).

De acordo com os propósitos do estudo, conclui-se que não existe um único instrumento, que por si só seja suficiente para estudar o abuso na pessoa idosa. Por isso, os autores aconselham a utilização de vários instrumentos, e para além disso, que sejam utilizados como uma rotina de despiste (*idem*).



Sanmartin *et al.* (2001 *in* Marmolejo, 2008) aplicaram um questionário a uma amostra de 219 pessoas com 70 ou mais anos (excluindo os sujeitos com perturbações cognitivas), utentes de um centro de saúde específico em Barcelona. Encontraram 26 (11.9%) pessoas idosas com evidências de maus-tratos, das quais 20 apresentavam indicadores de abuso psicológico, 6 de abuso físico, 6 de negligência (entre os quais 3 referentes a abandono) e 1 de abuso sexual. Constataram também que 9 sujeitos da amostra apresentavam mais de 1 tipo de indicadores de maus-tratos.

Bazo (2001 *in* Marmolejo, 2008), utilizou como amostra 2351 cuidadores formais de pessoas idosas dependentes (auxiliares domiciliárias) de 5 regiões de Espanha. Foram detectados 111 casos de maus-tratos, sendo que o principal tipo de abuso detectado foi a negligência.

Também em Espanha, Marmolejo (2008) realizou um estudo a nível nacional, entrevistando pessoas idosas (mais de 64 anos) num total de 2.401 entrevistas, e também os seus cuidadores (789 entrevistas). Este estudo, no que concerne à entrevista direccionada à pessoa idosa, revelou que 0.8% dos entrevistados foi vítima de maus-tratos, aumentando a percentagem para 1.5% quando se tratam de pessoas dependentes (observa-se que a percentagem de maus-tratos aumenta, com o aumento do grau de dependência). Quantificando as tipologias de maus-tratos consideradas no estudo, verifica-se uma percentagem de 0.3% para os maus-tratos psicológicos e negligência, 0.2% para os maus-tratos físicos e abuso económico e 0.1% para o abuso sexual. Consta-se igualmente que os idosos dependentes apresentam percentagens maiores de todos os tipos de maus-tratos, evidenciando-se o caso do abuso económico, em que a percentagem é mais de que o quádruplo (0.9%) (*idem*).

Relativamente à entrevista realizada ao cuidador, verificaram-se algumas discrepâncias no que diz respeito às percentagens de abuso. Assim, 4.6% dos cuidadores entrevistados referem que maltrataram o idoso a seu cargo. À semelhança das respostas dadas pelos idosos, a percentagem de maus-tratos aumenta para 5.7% nos cuidadores de idosos que apresentam grandes dependências (necessitam de ajuda durante todo o dia). No que concerne às tipologias de maus-tratos, observa-se na amostra geral que o abuso económico apresenta maior prevalência (1.9%), seguido de perto pelo abuso físico e abuso psicológico (1.8% cada). Também na amostra referente aos idosos com grandes dependências são estes os três tipos de maus-tratos mais comuns (2.4% cada). A autora destaca a questão do abuso físico, uma vez que a alta percentagem evidenciada na amostra referente aos cuidadores de idosos que apresentam grandes dependências, poderá estar relacionada com o facto de muitas vezes se recorrer a restrições físicas e/ou químicas em pessoas com este nível de dependência (*idem*).

Quanto à tipologia do abuso, tanto as vítimas, como os cuidadores apontam mais o abuso psicológico, sendo este o que apresenta maior prevalência nas duas amostras. Os tipos de maus-tratos em que se detecta maior diferença entre o que as vítimas e os perpetradores referem, são o abuso físico e o abuso económico, na medida em que em ambos os casos os cuidadores referem-nos nove vezes mais do que as vítimas (*idem*).

Marmolejo (2008) refere que as baixas percentagens de abuso verificadas no estudo realizado, quando comparadas com percentagens mais elevadas em estudos internacionais, podem estar relacionadas com a obtenção de dados irreais, uma vez que muitos factores influenciam o não reconhecimento de situações de abuso pelas pessoas idosas. Por exemplo, o facto de não terem consciência sobre o que são situações de abuso, ou ainda sentimentos de medo, vergonha, e impotência podem ocultar a situação de maus-tratos (*idem*).

Num estudo pioneiro em Portugal, Ferreira-Alves e Sousa (2005) estudaram uma amostra de 82 pessoas (18 do género masculino e 64 do sexo feminino), com idades entre os 63 e os 88 anos, que frequentavam o centro de dia seleccionado pelos autores. Com este estudo, recolheram alguns indicadores de maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência, utilizando como instrumento o questionário QEEA (Questions to Elicit Elder Abuse) de Carney, Kahan e Paris (2003), adaptado por Ferreira-Alves e Sousa (2005), com a integração de questões sócio-demográficas. Relativamente à prevalência do abuso, constatou-se que 27% dos sujeitos da amostra não apresentaram qualquer indício de abuso, 28% apresentaram um indicador, 11 % apresentaram dois indicadores, sendo uma percentagem igual aos indivíduos que apresentaram três indicadores, 5% apresentaram quatro indicadores, sendo que os mesmos 5% apresentaram cinco indicadores, 1.2% apresentaram seis, 7.3% apresentaram sete, 3.7% apresentaram oito indicadores, e uma pessoa (1.2% da amostra) apresentou quinze indicadores (considerada atípica pelos autores) (*idem*).

Verificou-se também que a negligência e o abuso emocional são as tipologias mais prevalentes, com 53.7% e 52.4% respectivamente. O abuso financeiro está presente em 19.5% dos sujeitos que apresentam indicadores de abuso, e o abuso físico é referido por 12.2% dos participantes (*idem*).

De acordo com Ferreira-Alves e Sousa (2005), os resultados encontrados revelam um número significativo de pessoas idosas que apresentam indicadores de maus-tratos, considerando que o facto de 27% dos sujeitos da amostra que não apresentaram qualquer indício de abuso é bastante impressionante, tendo em conta que parece estar longe do que seria esperado ocorrer. Para além disso, verifica-se que a par de estudos internacionais, os resultados demonstram uma maior prevalência da negligência e abuso emocional (*idem*).

Fernandes e Dionísio (2009), utilizando o mesmo instrumento de recolha de dados que os autores anteriores, realizaram um estudo junto da população idosa de Vouzela (distrito de Viseu) e São Martinho do Bispo (freguesia de Coimbra). A amostra considerada integra 131 sujeitos com 65 ou mais anos que acorreram aos Centros de Saúde das referidas localidades num período específico. Segundo os autores, um dado que se revela preocupante, corresponde ao facto de todas as pessoas idosas inquiridas apresentarem indícios de abuso.

Verificou-se também que os idosos de Vouzela sofrem uma maior quantidade abusos, tendo em conta que 21.0% sofreu quatro abusos e 30.7% mais de cinco abusos, salientando-se também que 6.5% sofreu dez abusos e 4.8% treze abusos. De notar que na amostra total predomina a existência de dois indicadores de abuso (26%), tal como na amostra referente a São Martinho do Bispo (33.3%), enquanto na amostra que diz respeito a Vouzela não existe um predomínio claro, pois as percentagens relativas ao número de indicadores de abuso é bastante similar (desde a existência de um indicador até à existência de quatro), contudo a maioria dos inquiridos apresentou quatro indicadores (21%). Na perspectiva de Fernandes e Dionísio (2009), estes resultados podem estar relacionados com o facto da comunidade de Vouzela ser mais pequena e estar num meio socioeconómico mais desfavorável, o que se poderá constituir como um agente precipitante para o problema em estudo (*idem*).

Os autores sublinham ainda outro achado no que concerne à tipologia do abuso, constatando que o abuso emocional apresenta uma maior prevalência em todas as amostras consideradas, uma vez que todos os indivíduos que apresentam indicadores de abuso assinalaram esta tipologia. Relativamente à amostra total e à amostra referente a Vouzela, seguem-se a negligência, o abuso financeiro, e por fim o abuso físico. Na amostra referente a São Martinho do Bispo, segue-se o abuso físico, a negligência e o abuso financeiro (*idem*).

Dias (2004a) abordou, através de um estudo qualitativo, a questão das representações sobre a violência contra as pessoas idosas. Verificou que as explicações para a possível ausência de práticas violentas neste âmbito, residem no universo simbólico sobre o lugar da pessoa idosa na família. Tal facto justifica uma análise desta realidade, uma vez que ao representar-se o problema do abuso na pessoa idosa como uma questão social, as pessoas inquiridas desenvolvem práticas contrárias à sua implementação. Relativamente às entrevistas conduzidas, a autora verificou que os sujeitos da amostra, tanto homens como mulheres, condenam a violência praticada na pessoa idosa, tendo em conta a sua perspectiva de vulnerabilidade. Na generalidade, referem que a violência contra os indivíduos idosos é errada, principalmente porque esta é uma fase da vida inevitável para todos, e também porque quem maltrata irá transmitir um exemplo errado aos seus filhos. Também é apontada a

representação dos maus-tratos como uma falta de respeito pela pessoa idosa, o que contribui para que se considere esta forma de violência como inaceitável (*idem*).

De acordo com os entrevistados neste estudo, as razões que se podem apontar para a violência contra os idosos são, entre outras, a falta de amor, paciência, educação e respeito, e ainda a falta de disponibilidade para prestar os cuidados de que necessitam (devido à sobrecarga para a família). Alguns dos inquiridos referiram também a personalidade irascível do idoso, e as suas atitudes para com os seus cuidadores, como origem para a violência, tal como o interesse dos familiares pelos bens materiais do idoso. Porém, os sujeitos alegam a incapacidade de justificar o abuso na pessoa idosa “até porque foram educados no sentido de terem que cuidar deles até ao termo das suas vidas” (Dias, 2004a, 357).

Relativamente às práticas de violência contra os idosos, a mais referida pelos inquiridos foi o abandono, não só nas suas próprias casas, como também o abandono da pessoa idosa quando os filhos os colocam num lar, quer a intenção seja a do abandono, ou simplesmente porque “quando os idosos vão para um lar, acabam, muitas vezes, por ser completamente abandonados pela família” (Dias, 2004a, 358). Porém, estará principalmente relacionado com a falta de disponibilidade dos filhos, devido à sua actividade profissional, como também com a sobrecarga que representa cuidar de um idoso na família. Para além deste tipo de abuso, os entrevistados apontam também a negligência, sob a forma de ausência de prestação de cuidados, a privação de afecto e a agressão verbal. De acordo com a autora importa salientar que os sujeitos da amostra, apesar de referirem que a violência contra a pessoa idosa estende-se para além do lar, ocorrendo também em instituições, afirmam também que estas situações não ocorrem nas suas comunidades (pescadores e agricultores), uma vez que “cuidar dos idosos e mantê-los na família até ao termo das suas vidas são premissas que lhe foram transmitidas no seu processo de socialização” (Dias, 2004a, 360).

Numa outra corrente de estudo sobre os maus-tratos na pessoa idosa, considera-se a existência de serviços telefónicos direccionados para as queixas das pessoas idosas como uma mais-valia no despiste e intervenção em situações de abuso. De acordo com o Provedor de Justiça (2009), a Linha do Cidadão Idoso registou em 2008 queixas relativas a maus-tratos num total de 178, sendo que 92 queixas são de negligência e 119 são queixas de abandono, verificando-se que, nestas situações, os idosos são vítimas de familiares ou instituições prestadoras de cuidados. Relativamente aos maus-tratos no âmbito familiar, constata-se a existência de crimes de natureza pública, procedendo-se a um encaminhamento para o Ministério Público ou para as autoridades policiais, que deverão coordenar acções com o Serviço Local de Acção Social, para uma devida avaliação social. No que diz respeito ao abuso que ocorre no âmbito institucional é ainda efectuado o encaminhamento para os Serviços de

Fiscalização ou respectivos Centros Distritais de Segurança Social. No que concerne ao abandono, encaminham-se os interessados para os Serviços Locais de Acção Social ou para Instituições de Apoio à Terceira Idade, nomeadamente para aquelas que possuem as valências de apoio domiciliário e centro de dia.

Também a APAV disponibiliza dados úteis para o estudo dos maus-tratos na pessoa idosa. Num relatório realizado sobre as pessoas idosas vítimas de crime, englobando os anos de 2000 a 2008, observa-se a ocorrência de um aumento percentual na ordem dos 19.4%, passando de 1245 crimes para 1487 crimes praticados contra pessoas idosas. Relativamente aos crimes de violência doméstica em 2008, verificam-se 370 queixas referentes a maus-tratos físicos, 462 de maus-tratos psíquicos, e 258 queixas relativas a ameaças-coacção, entre outras menos preponderantes (APAV, 2009).

Pelo exposto através dos diferentes estudos, constata-se a existência de várias realidades, cujos achados são dificilmente generalizáveis, uma vez que retratam ocorrências de abuso em nichos particulares, avaliados por instrumentos distintos, com metodologias variadas. Contudo, destacam-se os contributos de cada um dos trabalhos para uma compreensão mais global da ocorrência do abuso na pessoa idosa, no que concerne à determinação da sua prevalência e tipologia. Deste modo, crê-se como importante ressaltar que na maioria dos estudos se encontraram prevalências de abuso bastante elevadas, o que faz pensar na incapacidade das medidas de prevenção e intervenção até aqui utilizadas, bem como a existência de variadas tipologias de maus-tratos, com uma maior expressão da negligência e abuso psicológico.

Para além disso, verifica-se que nos estudos realizados os vários autores utilizam uma tipologia de maus-tratos semelhante à encontrada na literatura, divergindo por vezes em pequenos pontos, privilegiando-se a entrevista como forma de recolha de dados. De notar que, na sua grande maioria, as amostras são compostas por indivíduos com capacidades cognitivas íntegras, ou seja, não se incluem sujeitos com demências, o que se traduz num campo sobre o abuso nas pessoas idosas ainda pouco explorado.

Os estudos em Portugal são ainda em número reduzido, porém suficientes para desvendar um pouco da realidade existente, conduzindo à certeza que este é um problema que nos afecta e que por isso deve ser estudado para que uma maior compreensão leve à criação de medidas preventivas e interventivas, eficazes e direccionadas aos problemas e necessidades de cada idoso.

Tendo em conta as diferentes tipologias de maus-tratos consideradas, é pertinente questionar sobre a existência de características referentes a vítimas e perpetradores, que poderão levar à sua ocorrência, os chamados factores de risco para o abuso. Deste modo, no

ponto seguinte serão enumerados alguns dos factores de risco relatados na literatura, bem como alguns dos estudos realizados sobre a temática, e os seus principais achados.

### 1.3 – FACTORES DE RISCO

Segundo Jones, Holstege e Holstege (1997), os maus-tratos na pessoa idosa, tal como outros tipos de violência doméstica, são um fenómeno bastante complexo tendo em conta os diferentes factores que concorrem para a sua ocorrência. De acordo com os autores, pensa-se que cada situação de maus-tratos tem na sua base uma combinação de factores psicológicos, sociais e económicos que afectam as relações interpessoais e intrafamiliares (*idem*).

Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) mencionam a necessidade de conhecer os diferentes factores de risco associados a situações potenciais de maus-tratos, para que os profissionais que se deparam com estes casos consigam intervir precocemente e deter as situações de abuso. Contudo, não existe uma relação consensual de todos os factores de risco envolvidos em situação de maus-tratos nas pessoas idosas, sendo que os autores apontam como principal causa para este facto as diferenças nos *designs* de investigação utilizados pelos vários investigadores, tal como diferentes amostras e medidas do abuso (*idem*).

Nesta perspectiva, o comité National Research Council dos EUA (2003) refere, também, que muitos dos trabalhos realizados não conseguem elucidar os factores de risco existentes, devido à múltipla causalidade do fenómeno. Assim, argumenta que é indispensável estudar os factores de risco, na medida em que o seu conhecimento é imprescindível quer para delinear instrumentos de avaliação mais precisos, quer para fundamentar acções de prevenção do abuso (*idem*).

Wolf e McCarthy (1991 *in* Dias, 2004), através de uma análise comparativa de vários tipos de maus-tratos (físico, psicológico, financeiro, negligência activa e passiva) identificaram três perfis distintos dos idosos vítimas de violência e dos seus agressores:

- as vítimas de maus-tratos físicos e psicológicos são relativamente independentes nas suas actividades diárias. Contudo, sofrem de problemas emocionais. Os agressores têm geralmente uma história de alcoolismo ou doença mental, vivendo com a vítima e dependendo dela financeiramente (*idem*);
- as vítimas de negligência são em geral muito idosas, sofrendo de incapacidade mental e física, e com pouco apoio social. Representam uma fonte de stresse e desgaste para o agressor (*idem*);

- as vítimas de abuso material e financeiro tendem a ser solteiras e com contactos sociais e redes de apoio muito limitados. Os agressores geralmente têm problemas financeiros, podendo apresentar uma história de dependência de drogas e de álcool (*idem*).

Como se pode constatar, conseguem-se identificar múltiplos factores de risco para o abuso na pessoa idosa, sendo que existem factores que são indicados na literatura como dizendo respeito à vítima, e outros que são indicados como dizendo respeito aos perpetradores. Tendo em conta os objectivos do presente trabalho de investigação, irão explicar-se principalmente os factores de risco que dizem respeito às vítimas, aludindo-se apenas brevemente sobre os restantes.

Carney, Kahan e Paris (2003) incluem como factores de risco para o abuso de pessoas idosas: limitações funcionais e condição de saúde diminuída da pessoa idosa; limitações cognitivas da pessoa idosa; abuso de substâncias ou patologia mental por parte do abusador; dependência da vítima por parte do abusador; viver acompanhado; factores externos que provoquem stresse; isolamento social; história de violência na relação entre a vítima e o perpetrador; teia de dependência entre vítima e abusador; falta de apoio social e sistemas de suporte.

Tendo em conta os vários factores de risco já enumerados, Dyer e Rowe (1999) argumentam que o modelo clássico que transmitia que a pessoa abusada correspondia a uma mulher muito idosa (mais de 75 anos) com limitações físicas, não é provavelmente o mais adequado, completo e preciso. Por exemplo, as Nações Unidas (2002) englobam como factores de risco a pobreza, não ter filhos, viver sozinho, isolamento social e deslocamento do idoso para uma área residencial que não a sua. Consideram também que as pessoas idosas que sofrem de patologias físicas ou mentais, que estão sob o efeito de medicação, ou álcool e drogas, apresentam elevado risco para o abuso (*idem*). Contudo, será pertinente questionar se, por exemplo, todas as patologias físicas e mentais têm o mesmo papel como factores de risco, ou se existe um grupo de limitações e patologias que são mais preponderantes na sua influência (Lachs & Pillemer, 2004).

Contrastando com as Nações Unidas (2002), Lachs e Pillemer (2004) alegam que as pessoas que vivem sozinhas têm um menor risco de abuso, do que aquelas que vivem acompanhadas, pois viver em conjunto com alguém pode propiciar situações de conflito. Lachs, Williams, O'Brien, Hurst e Horwitz (1997) vão ao encontro desta perspectiva referindo que viver acompanhado também é, por si só, um factor de risco, na medida em que a pessoa idosa pode viver com o perpetrador dos maus-tratos. Por outro lado, os autores alegam que mais importante do que viver com alguém, é o número de laços sociais que a pessoa idosa possui, sendo que estes podem constituir-se como um factor protector do abuso (*idem*).

Pelo exposto, pode-se especular sobre a inexistência de um consenso específico na consideração dos factores de risco pelos autores.

Na tentativa de conjugar os achados dos diferentes trabalhos de investigação realizados neste campo, o comité National Research Council dos EUA (2003) agrupou os diferentes factores de risco em três grupos: **factores de risco validados por evidências científicas**, **factores de risco possíveis** e **factores de risco contestados**.

No que diz respeito ao primeiro grupo, existem evidências, suportadas por inúmeros estudos, que incluem os seguintes factores de risco:

- **viver acompanhado**: Pillemer e Finkelhor (1988 *in* National Research Council, 2003), tal como Lachs e Pillemer (2004), argumentam que viver acompanhado apresenta-se como um factor de risco para o abuso, ao contrário de viver sozinho, como aliás já foi referido anteriormente. Para este cenário converge o facto de tensões entre os membros da família poderem evoluir para situações de maus-tratos. A respeito deste factor de risco, Buttler (1999 *in* Ferreira-Alves, 2004) argumenta que este tem mais visibilidade se a pessoa que coabita com o indivíduo idoso detiver todo o controlo da sua situação de saúde e de cuidados. Lachs e Pillemer (2004) apontam o abuso financeiro como uma excepção a este padrão, uma vez que as pessoas idosas que sofrem deste tipo de abuso vivem, em grande percentagem, sozinhas.

- **isolamento social**: estudos realizados sugerem que é mais fácil detectar situações de abuso quando as famílias estão integradas em redes sociais fortes (National Research Council, 2003). Assim, quando existe integração, se por um lado pode ser mais difícil esconder a ocorrência de maus-tratos, por outro lado a pessoa idosa é capaz de reconhecer, ou tem possivelmente ao seu alcance mais meios para pedir auxílio (Lachs & Pillemer, 2004; Marmolejo, 2008). Por outro lado, quando as famílias se encontram isoladas pode levar ao aumento de situações de stress, potenciando a probabilidade de ocorrência de abuso (Litwin & Zoabi, 2004). A este respeito, Wolf (1998 *in* Ferreira-Alves, 2004) pondera uma maior probabilidade de existência deste factor de risco em casos de negligência e abuso financeiro.

- **demência**: este factor não está relacionado *per se*, ou seja, por si só a existência de demência não é um factor de risco, mas sim os comportamentos disruptivos que resultam deste tipo de patologia e que podem originar mais situações de stress no cuidador, tal como possíveis retaliações por parte deste (National Research Council, 2003; Lachs & Pillemer, 2004).

- **características intraindividuais dos abusadores**: nomeadamente as doenças mentais, comportamentos de hostilidade e abuso de álcool (National Research Council, 2003; Lachs & Pillemer, 2004). Também Wolf (1998 *in* Ferreira-Alves, 2004) enumera este factor, referindo que se existir abuso de substâncias ou história de doença mental poderá ocorrer uma associação entre o abuso físico e psicológico.



- **dependência do abusador:** alguns achados revelam que os perpetradores do abuso tendem a depender da vítima. Esta relação insere-se numa rede de dependência mútua, em que usualmente o abusador depende principalmente a nível financeiro e de habitação (National Research Council, 2003). De acordo com Lachs e Pillemer (2004) o abuso pode resultar de tentativas, por parte de familiares, em obter recursos da vítima, podendo resultar em situações tensas e hostis para a pessoa idosa. Wolf (1998 *in* Ferreira-Alves, 2004) corrobora estes argumentos, apontando a dependência que o abusador tem da vítima, especialmente se for a nível de suporte financeiro, como um factor de risco importante, tendo em conta que poderá existir uma associação entre o abuso físico e financeiro. Remetendo para os casos de violência doméstica, Bornstein (2006) argumenta que a dependência económica das vítimas e a dependência emocional dos abusadores são determinantes em relações abusivas.

No que concerne aos factores de risco possíveis, os autores enumeram:

- **género:** Marmolejo (2008) aponta que uma grande parte dos estudos realizados sobre a temática encontrou uma maioria de vítimas do género feminino. Pode-se questionar este achado, nomeadamente se se poderá dever ao maior número de mulheres na população idosa (National Research Council, 2003). Apesar disso, considera-se que as mulheres sofrem mais danos físicos e emocionais pelo abuso, do que os homens (*idem*).

- **relação da vítima para com o perpetrador:** apesar de se pensar que a maioria dos abusadores correspondem aos filhos das vítimas, alguns trabalhos referem que são os cônjuges os principais perpetradores (National Research Council, 2003). Por outro lado, de acordo com Ferreira-Alves (2004) a qualidade pré-mórbida da relação entre a vítima e o perpetrador parece ser um indicador relevante do posterior abuso verbal. Deste modo, a passagem do abuso verbal para o abuso físico pode advir de uma sobrecarga de trabalhos de cuidados, conjugados com a ausência de estratégias adequadas de *coping* por parte do cuidador e ainda da falha nos sistemas de suporte social e de serviços de saúde (*idem*).

- **características da personalidade das vítimas:** traços de personalidade como os estilos de *coping* são considerados em alguns trabalhos como factores de risco, apesar de não se conseguir determinar até que ponto os mecanismos de *coping* utilizados serão influenciados pela própria situação de abuso (National Research Council, 2003). Por seu lado, Hirsch (2001 *in* Ferreira-Alves, 2004) refere a personalidade exigente do idoso como um factor de risco importante.

Relativamente aos factores de risco contestados, os autores englobam:

- **limitações físicas da pessoa idosa:** os autores reconhecem que grandes limitações físicas diminuem a capacidade da pessoa para se defender, tornando-o no membro mais frágil da relação (National Research Council, 2003). Assim, os impedimentos físicos da vítima são um

factor predisponente para o abuso, e que aumentam a probabilidade do abuso na presença de outros factores de risco. Porém, é difícil constatar que por si só a fragilidade das pessoas idosas seja um factor de risco para os maus-tratos. Por exemplo, estudos realizados por Reis e Nahmiash (1998 *in* National Research Council, 2003) e Cooney e Mortimer (1995 *in* National Research Council, 2003) não encontraram relação entre o abuso de pessoas idosas e limitações por parte da vítima em actividades de vida diária. Por sua vez, num dos poucos trabalhos sobre a relação entre as limitações físicas e os diferentes tipos de abuso, Wolf e Pillemer (1989 *in* National Research Council, 2003) verificaram que as vítimas de negligência tinham mais probabilidade de ter este tipo de limitações do que as vítimas de abuso físico e psicológico.

- **dependência da vítima e stresse do cuidador:** diversos trabalhos versam o facto de que cuidar de pessoas idosas, na sua maioria frágeis, é uma tarefa bastante exigente, que por sua vez pode causar stresse no cuidador (National Research Council, 2003). Em resultado deste stresse, o cuidador poderia tornar-se abusivo e negligente, sendo que esta perspectiva tem sido bastante defendida (Litwin & Zoabi, 2004). Contudo, o comité National Research Council dos EUA (2003) argumenta que existem poucos estudos realizados acerca deste tema e com alguns resultados contraditórios. Lachs e Pillemer (2004) destacam que o nível de dependência física da pessoa idosa, e o conseqüente aumento de stresse no cuidador, não conseguem ser preditores fiáveis da ocorrência de abuso. Por exemplo, Reis e Nahmiash (1998 *in* National Research Council, 2003) não encontraram grandes níveis de dependência nas vítimas de abuso nem elevados níveis de stresse nos seus cuidadores. Por sua vez, Hirsch (2001 *in* Ferreira-Alves, 2004) atribui grande visibilidade a estes factores de risco, apontando que o stresse do cuidador pode ser visível através de uma relação de baixa qualidade propiciada por stressores externos como o emprego, a família, finanças pessoais, falta de suporte social, esgotamento emocional, depressão ou o aumento da necessidade de cuidados de um familiar demente.

- **transmissão intergeracional:** a este nível, os autores esclarecem que a teoria da aprendizagem social levanta a hipótese de que pessoas que experienciam relações violentas na infância, tendem a repetir esses padrões na idade adulta (National Research Council, 2003; Lachs & Pillmer, 2004). Por sua vez, Marmolejo (2008) alega que em algumas famílias a violência é um padrão de comportamento habitual, em que as pessoas aprendem a ser violentas, tanto por observação, como por terem sofrido algum tipo de abuso. Neste âmbito, Muñoz (2004 *in* Marmolejo, 2008) declara que entre cônjuges uma história de violência pode levar a situações de abuso posteriores. Contudo, poucos estudos se debruçaram sobre este campo, o que limita as conclusões a retirar. Anetzberger *et al.* (1994 *in* National Research Council, 2003) e Wolf e Pillemer (1989 *in* National Research Council, 2003) não encontraram evidência de transmissão intergeracional de violência física no abuso a pessoas idosas, apesar

de achados importantes noutros campos. Deste modo, o comité National Research Council dos EUA (2003) chama a atenção para a necessidade de estudar as experiências de violência na infância dos abusadores como factores de risco para os diferentes tipos de maus-tratos contra as pessoas idosas.

Marmolejo (2008), para além da violência intergeracional, acrescenta também como factores de risco alguns factores socioculturais nomeadamente a **existência de uma cultura violenta** e o **idadismo**. No que diz respeito ao primeiro, defende que a tolerância da violência por parte da sociedade interfere em situações tão díspares, como por exemplo em programas de televisão, brincadeiras de crianças, desporto, entre tantos outros. Assim, a “normalização” da violência influencia as actividades diárias, podendo contribuir para o aparecimento de situações abusivas para as pessoas idosas (*idem*). Relativamente ao segundo factor, a autora reconhece que a presença de estereótipos negativos em pessoas idosas e pessoas jovens leva a uma desumanização da idade adulta avançada. Deste modo, preconceitos de que as pessoas idosas são dependentes e que não têm controlo sobre as suas vidas, poderão facilitar que outras pessoas abusem delas, explorando-as, sem sentimentos de remorsos ou culpabilização (*idem*). Jones, Holstege e Holstege (1997) aludem também à questão da envolvência sociocultural, alegando que os diferentes tipos de abuso podem estar relacionados com diferentes factores de risco. Para isso, concorrem os factores culturais e étnicos, na medida em que podem influenciar a frequência, severidade, duração e intencionalidade do abuso (*idem*).

Litwin e Zoabi (2004), debruçando-se também sobre condições socioculturais, enumeram como factores de risco a **modernização** e as **condições sócio-demográficas** (pobreza e idade). Debruçando-se sobre as alterações do núcleo familiar e modificações dos sistemas sociais, apelidada de modernização pelos autores, alegam que estas não são muitas vezes favoráveis às necessidades das pessoas idosas, podendo incorrer em situações de aumento da vulnerabilidade do indivíduo, tal como negligência. No que concerne ao segundo factor identificado pelos autores, acresce referir ao já exposto que a pobreza emerge como um factor de risco significativo, uma vez que poderá aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa em termos económicos perante possíveis perpetradores. Contudo, de acordo com Litwin e Zoabi (2004), é necessário analisar esta relação com precaução, uma vez que pode ser enviesada através de um maior conhecimento dos casos de pobreza pelos sistemas sociais. Por outro lado, em relação à idade como factor de risco, aponta que a maior percentagem de vítimas tem 75 anos ou mais (Pritchard, 1993 *in* Litwin & Zoabi, 2004).

Também Marmolejo (2008) e Giuriani e Hasan (2000), em relação à **idade** como factor de risco, apontam para que a maioria das vítimas de maus-tratos nas pessoas idosas têm 75 anos ou mais. Porém, uma grande parte dos autores faz reservas em relação à análise deste

factor de risco, uma vez que não apresenta resultados conclusivos. A este respeito, Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) aludem para que a associação entre características sócio-demográficas e o abuso é uma área em que a investigação ainda não conseguiu chegar a um consenso. Porém, alguns estudos sugerem uma associação dos maus-tratos a pessoas idosas e o género feminino, idade avançada, estar casado, baixo nível sócio-económico (Pillemer & Finkelhor, 1988 *in* Shugarman, Fries, Wolf & Morris, 2003; Lachs, Berkman, Fulmer *et al.*, 1994 *in* Shugarman, Fries, Wolf & Morris, 2003).

Seguindo outra perspectiva, Cooney e Mortimer (1995 *in* Ferreira-Alves, 2004) acrescentam a **presença de défices cognitivos no idoso** como um factor de risco relevante, apontando estudos realizados com pessoas com doença de Alzheimer que demonstram um aumento de 2,25 vezes em relação à probabilidade de ser vítima de abuso, quando comparados com os restantes idosos da comunidade.

Pennant (2000 *in* Ferreira-Alves, 2004), debruçando-se sobre factores de risco de natureza e origem psicológica, aponta o **luto não resolvido** como um factor importante, uma vez que a fragilidade e possível confusão inerentes a estes estados podem levar à ocorrência de exploração financeira.

Giuriani e Hasan (2000) atentam na patologia da vítima, referindo a **depressão** como um factor de risco evidente. Referindo-se a este factor de risco, Marmolejo (2008) menciona que vários estudos realizados verificaram que a depressão, ideação suicida e sentimentos de infelicidade, vergonha e culpabilização são frequentes entre as vítimas (Bonnie & Wallace, 2003 *in* Marmolejo, 2008; Muñoz, 2004 *in* Marmolejo, 2008). Contudo, para a autora, existe um problema semelhante àquele que se pode identificar nas situações de isolamento social. Ou seja, relativamente a estes dois factores de risco é difícil discernir se são resultado de uma situação de abuso, ou se as pessoas idosas que apresentam depressão e isolamento social são mais susceptíveis de serem maltratadas (Marmolejo, 2008). Ramos, Kamizono, Fernandes e Xavier (2005) vão ao encontro desta perspectiva enunciando que a depressão da vítima além de factor de risco para a agressão, pode também ser uma consequência do abuso.

Tendo por base a avaliação de factores de risco, Reis (2000 *in* Ferreira-Alves, 2004) formulou uma medida de despiste de situações de maus-tratos a pessoas idosas. Assim, através do seu estudo verificou que alguns itens que habitualmente estariam associados a situações de abuso, não se conseguiram verificar na amostra, contribuindo para uma maior explicação desta temática. Para além disso, constatou que os três factores de risco que mais se associavam ao abuso diziam respeito ao cuidador, enquanto o quarto e quinto factores estavam relacionados com a pessoa idosa. Deste modo, enumerou os seguintes **factores respeitantes aos perpetradores**: ter problemas de comportamento; estar financeiramente

dependente; ter problemas mentais/emocionais; ter problemas de abuso de álcool ou outras substâncias; ter expectativas irrealistas, não compreender a condição médica do idoso; relutância nos cuidados; ter conflitos conjugais ou familiares; apresentar uma relação actual de baixa qualidade com o idoso; inexperiência na prestação de cuidados; ser acusador; e ter tido relação de baixa qualidade com a pessoa idosa (*idem*). Os **factores de risco relacionados com as vítimas** englobam: ter sido abusado no passado; ter conflitos conjugais/familiares; pouca compreensão da sua condição médica; sofrer de isolamento social; faltar suporte social; ter problemas de comportamento; ser financeiramente dependente; possuir expectativas irrealistas; ter problemas de álcool ou de medicação; relação actual de baixa qualidade com o cuidador; sofrer de ferimentos ou de quedas suspeitos; ter problemas emocionais/mentais; ser acusador; ser emocionalmente dependente; e não ter médico regular (*idem*).

Por outro lado, a mesma autora constatou que existem factores que não são determinantes para a identificação de episódios de abuso (Reis, 2000). Entre os quais, refere em relação à vítima uma má relação no passado com o abusador, e para o perpetrador, ter cometido abuso anteriormente, estar isolado socialmente, apresentar falta de suporte social, ser emocionalmente dependente, apresentar quedas ou ferimentos suspeitos e não realizar visitas regulares ao médico assistente. No que diz respeito aos factores de risco respeitantes ao perpetrador e vítima, simultaneamente, enumera: sentimentos de stresse (físicos, emocionais, ou outros); dependência da família para as actividades de vida diária; dependência de outrem para as actividades de vida diária; apresentar défices cognitivos; apresentar défices físicos; ter outras dificuldades financeiras para além da dependência; e desejar a institucionalização (*idem*).

A nível internacional, outros estudos tiveram um papel importante para elucidar o panorama da análise dos factores de risco, em situações de maus-tratos a pessoas idosas.

Por exemplo, Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999) investigaram de que forma alguns traços da personalidade da vítima estão relacionados com as situações de abuso, nomeadamente, a hostilidade e as estratégias de *coping* utilizadas. Utilizando indivíduos que apresentavam apenas um tipo de abuso, através de uma recolha de uma base de dados de casos já identificados como correspondendo a situações de abuso confirmado, num total de 147 sujeitos, conseguiram identificar algumas relações importantes. Assim, verificaram que as agressões verbais crónicas estão associadas à perda de controlo em situações problemáticas e a uma maior tendência para reagir de forma agressiva quando existem sentimentos de frustração ou ira. Por sua vez, as agressões físicas estão relacionadas com atitudes de passividade e evitação. No que diz respeito ao abuso financeiro, a sua ocorrência está ligada a crenças negativas de auto-eficácia e tendência para agressão e sentimentos de frustração para

com o próprio. Os autores referem ainda que a forma como as pessoas resolvem os seus problemas, ou seja, as estratégias de *coping* que utilizam, e as suas manifestações de hostilidade, torna-as mais ou menos vulneráveis a situações de maus-tratos. Para além disso, os resultados parecem mostrar que o abuso de pessoas idosas pode estar associado em alguma dimensão a padrões de interacção, já antigos, entre os membros da família. Desta forma, Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999) declaram que os traços de personalidade da vítima considerados no estudo devem ser tidos como factores de risco para o abuso. Por outro lado, também se assume como possível que as situações de abuso conduzam a comportamentos mal adaptativos e a mudanças na “personalidade”, ao invés da relação contrária, contudo os autores consideram imprescindível investir em investigação longitudinal para comprovar tal facto (*idem*).

Num outro campo de investigação, Comijs, Smit, Pot, Bouter e Jonker (1998) realizaram um estudo em que incluíram 1797 pessoas idosas não institucionalizadas com 65 anos ou mais, com o intuito de estudar os factores de risco para agressões verbais crónicas, abuso físico e abuso financeiro. Os resultados encontrados são consistentes com achados teóricos anteriores, verificando-se que as agressões verbais crónicas estão relacionadas com estar casado, viver acompanhado e apresentar uma má condição de saúde. Relativamente ao abuso físico, constatou-se que está relacionado com sintomas depressivos e viver acompanhado. No que diz respeito ao abuso financeiro, este parece estar relacionado com viver sozinho, género masculino, se parcialmente dependente nas actividades de vida diária e apresentar sintomas depressivos. Os autores sugerem que a diferença de factores de risco no abuso financeiro se deva ao facto deste tipo de abuso poder ocorrer isoladamente, ao contrário dos outros dois tipos de abuso que usualmente ocorrem simultaneamente (*idem*).

Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) debruçaram-se sobre a identificação de factores de risco para o abuso de pessoas idosas durante rotinas de avaliação. Avaliando situações de abuso potencial e não situações de maus-tratos confirmados, verificaram a existência de relações entre situações de abuso potencial e problemas de memória a curto prazo, diagnósticos psiquiátricos, incluindo sintomas depressivos, e abuso de álcool. Para além disso, constatou-se uma forte associação entre as variáveis correspondentes ao suporte social (fraca interacção com outras pessoas, existência de conflitos com família e amigos, sentir-se sozinho, tal como apresentar sinais de um suporte social frágil) e o abuso potencial. No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas consideradas (género feminino, mais de 75 anos, casado, baixa escolarização e baixo nível socioeconómico) e de medida de funcionamento físico (actividades de vida diária), não se conseguiu estabelecer nenhuma relação significativa. Através dos resultados encontrados, os autores concluem que uma rede social enfraquecida,

quer da vítima, quer do abusador, associado a um declínio cognitivo, e a um aumento do stress do cuidador, podem constituir-se como factores de risco para o abuso potencial. Por sua vez, os factores sócio-demográficos e de condição física têm um papel importante como factores contribuintes, contudo não são considerados como factores de risco. Acresce referir que os autores apelam à importância de uma atitude mais preventiva para com o risco de abuso na pessoa idosa, por parte dos profissionais de saúde, tendo em conta a sua posição privilegiada no contacto com o indivíduo idoso, tal como na avaliação do seu meio e condição física. Para isso, sugerem que estes profissionais utilizem instrumentos de avaliação de factores de risco para o abuso, numa atitude de despiste (*idem*).

Lachs, Williams, O'Brien, Hurst e Horwitz (1997) realizaram um estudo longitudinal que visou os resultados de nove anos de recolha de queixas por parte de um serviço de protecção social. Os seus objectivos passavam por investigar as dinâmicas dos factores de risco para o abuso de pessoas idosas, incidindo no estado funcional da vítima. Para isso, englobaram uma amostra de 2812 sujeitos. No que diz respeito aos resultados, contrastando com alguns dos estudos já referidos, encontraram-se relações significativas entre o abuso e negligência a pessoas idosas e características sócio-demográficas, nomeadamente, baixo estatuto económico e idade avançada, e também limitações cognitivas, incapacidade física, viver acompanhado e ter fracas redes sociais. Por outro lado, não se verificaram relações entre doenças crónicas, tais como artrite, diabetes, hipertensão, fractura da anca, enfarte do miocárdio e cancro e situações de abuso e negligência. Os autores argumentam que o facto de terem verificado uma forte relação entre o abuso e incapacidade física, com repercussões de limitações nas actividades de vida diária e também em relação a limitações cognitivas, não pode significar que se atribua uma relação causal directa a estes factores, na medida em que outros estudos apontam para que estes actuem indirectamente. Ou seja, poderão não ser um factor de risco directo, mas a sua presença poderá favorecer uma fragilização da pessoa idosa que a impede de se defender perante situações abusivas, fomentando-as. Assim, para uma avaliação correcta do risco de abuso também será importante avaliar estas condicionantes (*idem*).

Um estudo mais recente realizado por Cooper *et al.* (2006) remete para uma comparação, a nível internacional, entre a prevalência de indicadores de abuso de pessoas idosas e factores de risco, nomeadamente a depressão, demência e falta de serviços de apoio. Os resultados indicaram uma prevalência de 4.6% de abuso na amostra estudada, ou seja, 4.6% dos sujeitos inquiridos apresentaram pelo menos um indicador de abuso. Os autores verificaram também que a severidade da diminuição das capacidades cognitivas, úlceras de pressão, conflitos expressos com familiares e amigos, receber menos cuidados informais,

resistência aos cuidados, sintomatologia de depressão e alucinações funcionavam como preditores para a existência de indicadores de abuso. Porém, o facto de uma pessoa idosa já apresentar um diagnóstico conhecido de patologia psiquiátrica, prévio ao estudo, não se apresentou como um factor de risco. Deste modo, parece pertinente apontar que as pessoas idosas que estão sub-diagnosticadas em relação a patologias psiquiátricas, estão particularmente vulneráveis a situações de maus-tratos. Por outro lado, os autores constataram, ao contrário de outros trabalhos de investigação já mencionados, que um elevado nível de contacto entre cuidadores informais e a pessoa idosa não era factor de risco para possíveis situações de abuso. É apontada como razão para este facto a existência de intervenções sociais que apoiam a família e funcionam como um factor protector da saúde mental do cuidador, com impacto positivo na diminuição do risco de maus-tratos a pessoas idosas. Para além disso, uma das conclusões da investigação alude para a necessidade de despistar patologias psiquiátricas, englobando a depressão e a demência como forma de prevenir a ocorrência de abuso na pessoa idosa, uma vez que os resultados sugerem associações entre a diminuição severa das capacidades cognitivas e o abuso físico, e a diminuição moderada das capacidades cognitivas e a negligência (*idem*).

Fulmer *et al.* (2005) focaram-se na análise dos factores de risco para a negligência a pessoas idosas. Entre outras considerações, alegam que os factores de risco relacionados com o abusador englobam o baixo índice de saúde do cuidador, a recepção de pouca ajuda para as actividades de vida diária, a experiência de negligência física na infância e a sua personalidade. Em relação à vítima, os autores destacam alguns factores de vulnerabilidade para a negligência, nomeadamente, limitações cognitivas, incapacidade para as suas actividades de vida diárias e pouca assistência neste campo, sintomas depressivos, pouco suporte social e experiências na infância de abuso físico e negligência. Assim, compreende-se que as pessoas idosas vítimas de negligência apresentem mais fragilidades e limitações, quer físicas, quer sociais, e tenham ou sintomas de auto-negligência, ou sintomas que podem levar um cuidador a negligenciá-lo. Contudo, é difícil verificar e direccionar esta relação (*idem*).

Num estudo realizado em Espanha por Marmolejo (2008), já referido no ponto anterior, investigaram-se os factores de risco para o abuso, quer respeitantes às vítimas, quer respeitantes ao abusador. Relativamente à vítima, verificou que as mulheres são as principais vítimas em todas as tipologias de maus-tratos, com excepção da negligência. Relativamente ao **isolamento social**, a autora não encontrou diferenças significativas entre a ocorrência de abuso e a frequência dos contactos e boas relações com vizinhos e amigos. Porém, constata-se que a percentagem de pessoas idosas vítimas que afirma manter contacto frequente com familiares é menor do que a percentagem referente aos indivíduos que não apresentam



indicadores de abuso. Para além disso, neste estudo, em 21.1% dos casos a vítima convivia apenas com o seu agressor, o que é referido na literatura como um factor de risco importante. No que diz respeito à **dependência** da pessoa idosa, verificou-se que as pessoas idosas mais dependentes apresentaram mais indicadores de abuso (1.5%) do que a amostra geral (0.8%). A autora refere ainda que a taxa de abuso aumenta até 2.9% nas pessoas idosas mais dependentes (que requerem ajudas durante todo o dia). Para além destes achados, encontraram-se maiores percentagens de todas as tipologias de abuso nas pessoas idosas que apresentam dependência, sendo esta diferença mais relevante no abuso económico. Assim, estas informações vão ao encontro da literatura que refere que a dependência é um factor de risco para os maus-tratos de pessoas idosas. No que concerne à **sintomatologia depressiva**, obtiveram-se algumas informações contraditórias, na medida em que de acordo com as informações relatadas pelas pessoas idosas, são as pessoas sem sintomatologia depressiva que apresentam mais indicadores de abuso, porém, de acordo com as informações transmitidas pelos cuidadores, a percentagem de pessoas idosas que sofre de sintomatologia depressiva é maior entre as vítimas de maus-tratos (72.2%) do que entre as que não são vítimas (41%). Estes últimos dados fornecidos pelos cuidadores estão de acordo com a literatura (*idem*).

No que diz respeito aos factores de risco em relação aos agressores, Marmolejo (2008) alega que 75% dos cuidadores que incorrem em situações de maus-tratos são mulheres, enquanto apenas 25% são homens. Para a autora, é também importante assinalar que apenas 18% dos cuidadores são homens, sendo de 82 a percentagem de mulheres. Logo, ao calcular a prevalência dos agressores, constata-se que esta é maior entre os homens (6.3%), quando comparados com as mulheres (4.2%), coincidindo este resultado com maioria dos estudos efectuados por outros autores, principalmente no que diz respeito à negligência (*idem*). Referindo-se ao **isolamento social**, Marmolejo (2008) aponta que 44.4 % dos cuidadores, que são perpetradores de situações de abuso, afirmam que cuidar de uma pessoa idosa influencia negativamente as suas relações sociais e familiares, enquanto apenas 17.9% dos cuidadores que não cometem maus-tratos refere esta situação, indo de encontro ao exposto pela literatura. Para além destes factos, 47.7% das pessoas idosas vítimas de abusos alegam que a sua reforma/pensão é a única, ou principal, fonte de rendimentos da família, estabelecendo-se assim a **dependência económica** do agressor para com a vítima como um factor de risco. No que concerne à **psicopatologia** do cuidador, a autora encontrou 36.1% dos cuidadores que são perpetradores de situações de abuso, com transtornos psicológicos (principalmente alterações afectivas e de ansiedade), contrastando com 20.5% dos cuidadores que não são abusadores a sofrerem também deste tipo de alterações. Verificou-se também que 13.9% dos cuidadores, que incorrem em situações de abuso, consome **substâncias tóxicas**, nomeadamente fármacos

sem prescrição médica, enquanto apenas 6% dos cuidadores da amostra total realiza este procedimento. No que concerne à **relação com a vítima**, constata-se que 60% dos cuidadores que incorrem em situações de abuso são filhos (as), 22.8% são cônjuges, 11.4% nora ou genro e 5.8% correspondem a outros familiares. Porém, ao analisar a informação transmitida pelas vítimas, observa-se que o agressor passa a ser principalmente o cônjuge (50%), seguido dos filhos (as) (33.4%). Apesar das discrepâncias, assume-se, como a literatura aponta, que são os cônjuge e filhos (as) os principais perpetradores de abuso na pessoa idosa. Por fim, ao analisar o **stress**, Marmolejo (2008) argumenta que, tal como está descrito em alguns estudos, este pode ser considerado um factor de risco para o abuso, na medida em que 72.2% dos perpetradores refere que a situação de cuidar da pessoa idosa sobrecarrega-os, enquanto 53.8% dos cuidadores que não incorrem em situações de abuso realiza a mesma afirmação. Para além disso, observou-se que cuidar de uma pessoa influencia mais negativamente as relações sociais e familiares dos perpetradores (44.4%), do que dos cuidadores que não cometem situações de abuso (17.9%).

Num estudo pioneiro em Portugal realizado por Ferreira-Alves e Sousa (2005), já enquadrado no ponto anterior, encontraram-se relações significativas entre algumas das variáveis anteriormente mencionadas, e várias tipologias de abuso. Por exemplo, constatou-se que a **negligência** atinge significativamente mais as mulheres, tal como os indivíduos com uma percepção de saúde “má”. Porém, o número de indicadores de negligência parece não ser influenciado pela idade (*idem*). Relativamente ao **abuso emocional**, verificou-se que este parece ser significativamente diferente com a idade, na medida em que aumenta o número de indicadores com a idade. Também a percepção do estado de saúde parece estar relacionada com o abuso emocional, tendo em conta que existe uma maior percentagem de sujeitos com mais indicadores de abuso emocional que percepcionam a sua saúde como “má” ou “mais ou menos”. Contudo o género parece não estar relacionado com o abuso emocional (*idem*). No que concerne ao **abuso financeiro**, constata-se que só está associado, de forma estatisticamente significativa, à percepção do estado de saúde. Deste modo, existe uma maior percentagem de pessoas idosas com mais indicadores de abuso financeiro que percepcionam a sua saúde como “má” (*idem*). No que diz respeito ao **abuso físico**, este está associado de forma significativa à variável idade, denotando-se que quanto maior a idade existe uma maior evidência de indícios de abuso físico (*idem*).

Salientando novamente o estudo, já citado no ponto anterior, de Fernandes e Dionísio (2009), verificou-se a existência de relações entre algumas das variáveis já referidas. Assim, os autores alegam que as pessoas idosas da comunidade de Vouzela, quando comparadas com as pessoas idosas de São Martinho do Bispo, têm índices médios mais elevados no abuso

emocional e negligência. Para além disso, constata-se que o abuso físico, o abuso emocional e a negligência são maiores no género feminino. Ao analisarem as diferenças entre os sujeitos que vivem em meio rural e os que vivem em meio citadino, os resultados revelaram que o abuso físico, o abuso emocional e a negligência ocorrem em maior grau nos idosos residentes na cidade. Ao avaliar a relação entre a capacidade cognitiva da pessoa idosa e a violência acometida sobre esta, os autores verificaram que a maior influência diz respeito ao abuso emocional, apesar de se observar relações também com a negligência e o abuso físico. No que diz respeito à relação entre os maus-tratos a pessoas idosas e a idade, o estudo demonstrou que o abuso físico, emocional, negligência e abuso total são menores entre os sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 68 anos. Para além disso, a negligência é maior entre as pessoas idosas com idades entre os 69 e os 72 anos (*idem*).

Relativamente aos dados facultados pela APAV, estes revelam que são os cônjuges os principais autores dos crimes contra pessoas idosas, apresentando também os filhos valores elevados (APAV, 2007).

Como se observa, são muitos e distintos os factores de risco para o abuso de pessoas idosas enumerados pelos autores. Através dos resultados de investigações já efectuadas, constata-se que alguns dos factores mencionados reúnem mais consenso que outros. Porém, alerta-se para o facto de que diferentes contextos, diferentes meios, conduzam a diferentes relações entre os condicionantes do abuso e conseqüentemente uma maior expressão de determinado factor de risco. Deste modo, considera-se de extrema importância a investigação dos factores de risco e numa perspectiva mais alargada os factores protectores, em situações de abuso de pessoas idosas, uma vez que o seu estudo poderá permitir não só melhorar a intervenção em casos em que se identifiquem a presença dos factores, como também encontrar medidas mais concertadas de avaliação e prevenção dos maus-tratos. Por exemplo, em meios de prestação de cuidados de saúde, sabendo quais as situações mais críticas a avaliar, os profissionais estão mais despertos e sensibilizados para a sua identificação e conseqüente despiste, possibilitando intervenções mais eficazes.

Por outro lado, o comité National Research Council dos EUA (2003) declara que não se pode atribuir uma relação de causalidade directa aos factores de risco enumerados, uma vez que alguns factores de risco podem constituir-se como “marcadores” para outras causas que não se conseguem observar ou avaliar directamente, podendo levar a confusão em termos da origem do abuso. E ainda, alguns factores de risco podem funcionar como moderadores na relação entre os factores causais e as situações de abuso a pessoas idosas (factores modeladores). Por exemplo, os autores referem que viver acompanhado tem-se identificado como estando associado a um aumento da probabilidade de abuso, porém, este pode não ser

uma causa directa para a origem do abuso, tendo em conta que viver com outras pessoas pode-se identificar como um factor contextual. Logo, argumenta-se que seja possível reduzir o risco de maus-tratos através da modificação de outros factores associados ao facto de se viver acompanhado, e não tanto pela alteração das circunstâncias da habitação da pessoa idosa, muitas vezes mais difícil e que poderá conduzir a situações disruptivas. Assim, entre outras indicações, este comité preconiza que se realize investigação no âmbito dos factores de risco e dos factores protectores para cada tipologia do abuso a pessoas idosas, utilizando-se metodologias que possibilitem produzir comparações entre os resultados encontrados (*idem*).

Tendo em conta o anteriormente exposto, é pertinente questionar as relações entre os diferentes factores de risco e factores protectores e a ocorrência de abuso. Ou seja, como se pode explicar a existência de situações de abuso em pessoas idosas que apresentam determinados factores de risco, tendo em conta que outros sujeitos em condições semelhantes não sofrem maus-tratos. É necessário indagar sobre de que modo se associam as diferentes variáveis concorrentes em situações de maus-tratos, e como se explica a variabilidade dessa ocorrência, tendo em conta as condicionantes quer das vítimas, quer dos perpetradores.

Deste modo, tentando dar resposta a estas questões no sentido de uma compreensão mais completa do fenómeno, no ponto seguinte referem-se algumas das teorias explicitadas pelos autores acerca do abuso a pessoas idosas.

#### 1.4 – TEORIAS SOBRE OS MAUS-TRATOS

De acordo com Jones, Holstege e Holstege (1997), as teorias sobre o abuso de pessoas idosas incluem uma grande variedade de factores psicológicos, sociológicos e culturais. Tal como refere Phillipson (1997), deve-se colocar a questão dos maus-tratos a pessoas idosas não apenas no círculo restrito da família, mas sim num enquadramento mais alargado que inclua as modificações importantes vivenciadas na comunidade. Deste modo, poder-se-á perceber como existem várias teorias que se interligam para uma explicação mais aprofundada do fenómeno em estudo.

Wolf (2000) aponta que, apesar da imagem bastante difundida de situações de abuso envolvendo vítimas com elevado grau de dependência e prestadores de cuidados com elevados níveis de stresse, algumas evidências mais recentes têm vindo a acrescentar variáveis contextuais com significativa influência na compreensão das relações existentes entre vítima e

perpetrador. Anetzberger (2000) acrescenta que a realidade multidimensional do abuso de pessoas idosas reivindica o desenvolvimento de novos modelos explicativos e interventivos.

Apesar da referida necessidade de uma maior explanação e concertação sobre as teorias do abuso a pessoas idosas, Fulmer, Guadagno, Dyer e Connolly (2004) alegam que tem havido pouco progresso na sua construção, uma vez que muitas das teorias que têm sido apontadas decorrem de adaptações de teorias sobre os maus-tratos a crianças e as investigações realizadas não têm fornecido suporte empírico suficiente para a construção de um modelo teórico concreto.

Nesta perspectiva, o comité National Research Council dos EUA (2003) declara que a pouca investigação realizada sobre as teorias explicativas do abuso a pessoas idosas surge como um obstáculo à compreensão da multiplicidade das suas manifestações. Assim, os autores admitem que é necessário um corpo teórico mais desenvolvido que possibilite uma avaliação mais efectiva, tanto da prevalência das diferentes formas de abuso, como também dos factores de risco, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde ao nível da avaliação e intervenção (*idem*).

Segundo Wolf (2000), algumas das teorias explicativas englobam: o stresse do cuidador (modelo situacional); a dependência quer por parte da vítima, quer por parte do perpetrador (modelo da troca social); os distúrbios mentais e/ou emocionais do abusador (modelo da psicopatologia do perpetrador); tal como existência de história de abuso e negligência na infância (modelo da violência transgeracional). Outros autores, de acordo com Wolf (2000), criticando os modelos que colocam a tónica nas características individuais, propõem explicações que têm por base a influência da sociedade na criação de condições que conduzem ao conflito e violência, nomeadamente as teorias feministas (que englobam as diferenças de poder existentes nas relações) e as teorias político-económicas (incluindo a marginalização das pessoas idosas pela sociedade).

Perante os diversos modelos referidos, Ferreira-Alves (2005) reconhece que o conhecimento teórico produzido no domínio dos maus-tratos aos idosos não é unívoco, mas sim orientado por diferentes paradigmas explicativos, revelando-se um assunto complexo, tendo em conta as muitas dimensões e extensões do problema.

Centrando-se nos modelos que versam as características individuais de vítimas e abusadores, Ferreira-Alves (2005) expõe alguns dos postulados defendidos:

- **Modelo do Stresse Situacional:** De acordo com Perel-Levin (2008), o stresse do cuidador associado a situações de *burden* propiciam um ambiente favorável para o abuso. Assim, neste modelo percebem-se os maus-tratos como um fenómeno situacional que ocorre quando se gera stresse no cuidador, causado pela incapacidade física ou mental da

vítima, baixas condições socio-económicas e baixas competências de *coping* do cuidador. Para colmatar as necessidades e dificuldades sentidas pelo cuidador, é necessário apostar em programas destinados a aumentar as competências de *coping* com a situação de stresse produzida pelo cuidar de uma pessoa idosa (Wilber & McNeilly, 2001 *in* Ferreira-Alves, 2005; McDonald & Collins, 2000 *in* Ferreira-Alves, 2005). Dias (2004) acrescenta ainda que o stresse experimentado pelos indivíduos no exterior, produzido por variáveis estruturais como o desemprego e as condições económicas, pode levar alguns membros da família a serem violentos com os seus idosos, contudo aponta-se a falta de estudos neste domínio para uma incapacidade acrescida em relacionar estas variáveis.

- **Teoria da Troca Social:** Segundo este modelo, os maus-tratos explicam-se pela diferença de poder que altera a reciprocidade, fazendo com que o cuidador sinta um maior poder e uma menor recompensa na relação. Esta não é marcada pela reciprocidade ou igualdade nas recompensas experienciadas, tendo em conta a maior dependência e o menor estatuto social muitas vezes vivenciados pelo indivíduo idoso. Assim, este quadro pode levar a maus-tratos desde o abuso financeiro, até aos maus-tratos físicos e psicológicos (Wilber & McNeilly, 2001 *in* Ferreira-Alves, 2005; McDonald & Collins, 2000 *in* Ferreira-Alves, 2005). Na perspectiva de Dias (2004a), a violência aumenta quando as recompensas decorrentes deste acto são superiores aos custos. De acordo com Perel-Levin (2008), esta teoria sugere que o abuso pode ocorrer dentro da estrutura de respostas familiares diárias.

- **Modelo da Violência Transgeracional:** Para este modelo, o abuso diz respeito a um ciclo de violência na família em que as crianças abusadas podem repetir os mesmos padrões de comportamento na vida adulta (Ferreira-Alves, 2005; Perel-Levin, 2008). Através de uma aprendizagem do abuso ao longo do desenvolvimento, dada pela observação e/ou experiência de abuso ou maus-tratos, este perpetuar-se-ia de geração em geração (Ferreira-Alves, 2005). Dias (2004) refere-se ao argumento da teoria da aprendizagem social que aponta para que uma criança educada num contexto familiar violento tornar-se-á num adulto violento. De acordo com a autora, nesta hipótese, a perpetuação do “ciclo de violência” será assegurado através da aprendizagem e da observação, por parte de gerações mais novas dos abusos cometidos pelos seus pais sobre os idosos da família (*idem*). Contudo, de acordo com Wolf e Pillemer (1989 *in* Dias, 2004), nem sempre o ciclo de violência se reproduz, existindo inúmeros exemplos, o que leva a considerar a existência de outras variáveis intervenientes.

- **Modelo da Violência Bidireccional:** De acordo com Ferreira-Alves (2005), neste modelo a violência e o abuso são fenómenos bidireccionais, sendo praticados quer por cuidadores, quer pelas pessoas idosas receptoras dos cuidados. De acordo com o autor, este fenómeno apresenta-se como típico em famílias que, ao longo do seu ciclo de

desenvolvimento, exercem controlo uns sobre os outros ao gritar, bater e/ou ameaçar (*idem*). Para McDonald e Collins (2000 *in* Ferreira-Alves, 2005), esta abordagem apelida-se de modelo de interacção simbólica, na medida em que no tema do abuso ou maus-tratos nas pessoas idosas, não são só os comportamentos que estão em causa mas também a interpretação simbólica que cada um faz do comportamento do outro. Relativamente ao interaccionismo simbólico, Dias (2004a, 207) refere que este modelo, “ao considerar que a interacção humana se desenvolve num universo simbólico, centrou a sua atenção no sentido da violência para os implicados, no processo de construção e de mudança dos seus significados e nas consequências destas significações nas situações concretas”.

- **Modelo da Psicopatologia do Perpetrador:** Este modelo argumenta que o risco de abuso está relacionado com as características do abusador (Ferreira-Alves, 2005). Segundo Perel-Levin (2008), integram-se sobretudo os problemas de saúde mental. De acordo com Dias (2004), aponta-se também para a existência de consumo de álcool e drogas por parte dos agressores.

No que diz respeito às teorias que têm por base a influência da sociedade, Perel-Levin (2008) menciona a **teoria feminista** e as **teorias político-económicas**. Em relação à primeira, a autora argumenta que esta se baseia nos moldes da violência doméstica e na discrepância entre o poder de homens e mulheres, no que toca ao domínio da relação existente. A este respeito, Dias (2004a) refere que as teorias feministas alegam que as desigualdades de género, com os inerentes processos de domínio, são a causa para a violência contra as mulheres e intolerância sociocultural. Em relação às teorias político-económicas, de acordo com Perel-Levin (2008), estas alegam que a marginalização dos idosos pela sociedade criou condições para o aumento de conflitos e violência para com estes.

Baseando-se nas perspectivas sociológicas da violência doméstica, Dias (2004a) aponta algumas das teorias mais comumente enunciadas:

- **Teoria dos Recursos:** Argumenta que as famílias, tal como outros sistemas sociais, apoiam-se na força ou na ameaça da sua utilização. Deste modo, quantos mais recursos um membro da família detiver (recursos sociais, pessoais ou económicos), ocupará uma posição mais dominante, podendo a violência ser utilizada para manter essa posição de poder (*idem*).

- **Teoria da (sub)cultura da violência:** Refere que existem grupos que se regem por normas e valores culturais que legitimam o uso da violência (*idem*).

- **Teoria do Conflito:** Alega que a violência faz parte dos processos familiares, uma vez que se preza uma regulação através do conflito (*idem*).

- **Teoria dos Sistemas:** A violência é vista como um produto do sistema familiar e não como uma patologia de cada indivíduo. Assim, pretende explicar como é gerida o uso da violência nas interacções familiares (*idem*).

Por sua vez, Pillemer e Suito (1988 *in* Dias, 2004) apontam para dois factores a acrescentar às teorias já mencionadas, como sendo importantes para a construção de um modelo heurísticamente superior para a explicação da violência que é praticada sobre os idosos na família. Os autores reportam-se à **qualidade das relações entre pais e filhos** e à **qualidade das relações conjugais entre casais idosos**. O primeiro factor é influenciado pelo estado de saúde das pessoas idosas, grau de dependência mútua entre pais e filhos, grau e satisfação no desempenho dos respectivos papéis e pela maior ou menor paridade dos estatutos entre pais idosos e filhos adultos (*idem*). Já o segundo factor é afectado pelo bem-estar psicológico do casal, a satisfação com o desempenho dos respectivos papéis na família, as mudanças de estatuto, a partilha de valores semelhantes, a equidade entre o casal e a mesma confissão religiosa (*idem*).

Não obstante as teorias já referidas, Alberto (2004) alude para o **processo de vinculação** como importante para a compreensão do fenómeno de maus-tratos. De acordo com Browne e Herbert (1997 *in* Alberto, 2004), este processo define-se pelo estabelecimento de laços afectivos entre duas pessoas, que permitem a identificação e a criação de sentimentos de amor, e pela necessidade de manter contacto com outra pessoa. Assim, quando os pais estabelecem com os filhos vinculações seguras, e que se vão mantendo ao longo da vida, estas podem apresentar-se como um factor protector no futuro, em situações de risco potencial. Porém, quando a vinculação estabelecida com o progenitor e os filhos não é segura, isso pode constituir um factor de risco de comportamentos futuros de violência, destes para com o progenitor idoso (*idem*).

Num outro campo de investigação, Ramsey-Klawnsnik (2000 *in* Ferreira-Alves, 2005), num estudo que efectuaram, conseguiram identificar uma tipologia de abusadores consoante o seu tipo de personalidade, distinguindo 5 tipos:

- **stressados:** quando a carga de trabalho e responsabilidade excede a sua capacidade, podem tornar-se abusadores episódicos;
- **limitados:** exercem maus-tratos principalmente sob a forma de negligência, podendo também ocorrer abuso físico ou psicológico, crónico ou intermitente, tendo em conta o tipo de limitação ou deficiência que apresentam;
- **narcisistas:** praticam principalmente exploração financeira e a negligência de forma crónica, e eventualmente em escalada;



- **dominadores:** os maus-tratos tendem a ser crónicos, e são um dos tipos de cuidadores que as vítimas mais temem;
- **sádicos:** também são cuidadores temidos que tendem a perpetuar as situações de maus-tratos.

Ao analisar as personalidades dos perpetradores, os autores conseguem enquadrar as diferentes tipologias nas teorias identificadas, facilitando a análise da situação de abuso.

Segundo Perel-Levin (2008), alguns investigadores sobre o abuso de pessoas idosas tendem a adoptar o **modelo ecológico**, com o intuito de fornecer respostas mais concretas, uma vez que alguns dos modelos e teorias já referidas não conseguem abarcar a complexidade dos factores associados aos maus-tratos a pessoas idosas. Este modelo, partindo da análise dos maus-tratos a crianças e violência doméstica, considera que o abuso só pode ser analisado quando está situado no seu contexto ecológico. Ou seja, as situações de abuso resultam de múltiplos factores situados em diferentes níveis ecológicos (individual, familiar, social, económico e cultural) (Dias, 2004a). Assim, na perspectiva de Perel-Levin (2008), este modelo permite relacionar o abuso de pessoas idosas com inúmeras variáveis sociais, tendo em conta que possibilita explorar as interacções entre o indivíduo e diversos factores contextuais.

Anetzberger (2000) chama a atenção para a necessidade de se considerar um modelo explicativo do abuso que integre principalmente as características do perpetrador e secundariamente as características da vítima, e onde o contexto da interacção entre os dois seja importante, tendo em conta que é ele que pode alimentar a ocorrência de maus-tratos e negligência. Apesar da prestação de cuidados informais ser importante na análise da interacção vítima-perpetrador, sendo que a dinâmica do cuidar pode ser contributiva para a ocorrência de abuso, não se pode considerar o processo de cuidar como o único contexto no qual os maus-tratos a pessoas idosas ocorrem. Deste modo, contextos como a relação com o cônjuge, coabitação com filhos adultos e pais adultos idosos, ser deixado sozinho, entre outros, assumem-se como meios plausíveis para a ocorrência de maus-tratos. Não obstante a multiplicidade de meios de ocorrência de situações abusivas, a autora alega que a relação de cuidar que se estabelece como uma pessoa idosa é revestida por determinadas características que podem ser concorrentes no despoletar de situações de abuso. Nomeadamente, a prestação de auxílio em situações do foro íntimo, como cuidados de higiene, que podem causar sentimentos de aversão quer para quem cuida, quer para quem está a ser cuidado, e ainda a crescente dependência em doenças degenerativas. No sentido de colmatar algumas destas especificidades decorrentes das situações de cuidar, que se podem tornar dificuldades para os intervenientes, é necessário que o cuidador esteja a par das redes de apoio sociais, de modo a saber a que serviços recorrer, e é também preciso o acompanhamento de quem está a

ser cuidado para que consiga aceitar e adaptar-se às crescentes incapacidades que está a vivenciar (*idem*).

Tendo em conta a proximidade e a intimidade que o acto de cuidar implica, tal como as alterações a nível social, familiar e profissional que podem provocar, Anetzberger (2000) chama a atenção para a possibilidade do surgimento de conflitos e ressentimentos antigos, que podem funcionar como factores de risco para o abuso. De acordo com a autora, as situações de abuso referenciadas como estando relacionadas com cuidadores informais variam de acordo com: duração, tipo e intensidade da necessidade de cuidados; valores culturais; e ainda expectativas familiares. Também algumas reacções por parte do cuidador ou da pessoa que está a ser cuidada podem despoletar situações de abuso, tais como a recusa dos cuidados e reacções agressivas (*idem*).

Anetzberger (2000) faz uma ressalva, referindo que apesar de se considerar o contexto da prestação de cuidados informais como uma possibilidade para a ocorrência de abuso de pessoas idosas, não se pretende com este facto desculpabilizar os perpetradores de maus-tratos, culpando as vítimas. Ou seja, apesar de o abuso ocorrer, numa grande parte das vezes, através de uma relação de interacção em que cada parte tem o seu papel, todos os perpetradores devem ser responsabilizados pelos seus actos. Para além disso, este modelo coloca a tónica nas características dos perpetradores, incluindo como preponderantes as suas características de personalidade, abuso de substâncias, fraca empatia e predisposição para o acto de cuidar. Tais características quando combinadas com comportamentos críticos e agressivos, tal como expectativas irrealistas por parte do receptor de cuidados, poderão favorecer a ocorrência de situações de abuso (*idem*). Deste modo, conclui-se que os cuidados informais não são uma causa primária do abuso a pessoas idosas, mas ao invés disso são um contexto de interacção no qual o abuso pode ocorrer, e tendo em conta determinadas características dos intervenientes assim aumenta, ou diminui, o risco para situações de maus-tratos e negligência (*idem*).

Também o comité National Research Council dos EUA (2003) enuncia uma proposta de abordagem teórica sobre o abuso de pessoas idosas. A sua estrutura, segundo os autores, pretende ser a mais inclusiva e abrangente possível, sendo aplicável a diferentes tipos de maus-tratos. Baseia-se nos pressupostos de George Engel (1977 *in* National Research Council, 2003) que, contrapondo-se ao modelo biomédico, propôs uma abordagem biopsicossocial, em que predomina uma análise do abuso baseada na interacção entre factores físicos, psicológicos e sociais. No centro da análise está a relação entre a vítima e o perpetrador, e como factores adjuvantes encontram-se factores contextuais que podem funcionar como diferentes factores de risco para cada indivíduo, tais como a localização (domicílio, instituição, entre outros),

relações sociais (cônjuge, filho, cuidadores formais e informais, entre outros) e contexto sociocultural (religião, estatuto socioeconómico, localização rural e urbana, entre outros) (National Research Council, 2003). Assim, assume-se como um modelo de processos transaccionais considerando, ao longo do tempo, a pessoa idosa, as suas pessoas de confiança, tal como outros sujeitos que interferem no seu bem-estar, incluindo os profissionais de saúde. Deve ser compreendido como um modelo que está integrado no contexto sociocultural do indivíduo, integrando a existência e diversidade de meios de suporte social, que podem levar a diferentes níveis de risco para o abuso (*idem*).

Na perspectiva dos autores, o risco para o abuso de pessoas idosas é função da existência de uma série de variáveis, observáveis através de uma análise macro e microsocial (*idem*).

Na figura 1, encontra-se esquematizado o modelo conceptual defendido pelos autores mencionados, observando-se no lado esquerdo o conjunto de atributos sociais, físicos e psicológicos correspondentes à pessoa idosa em risco de abuso, correspondendo o lado direito ao conjunto de atributos da pessoa significativa para a pessoa idosa, possível perpetrador. A meio da figura são representadas as variáveis que medeiam a interacção entre as características individuais da vítima e perpetrador, integrando diferenças de posição, que poderão definir o nível de dependência social e/ou económica, o tipo de relação mantida entre ambos os intervenientes (abarcando diferenças nas expectativas de índole normativa) e ainda a dinâmica de trocas e poder na relação de cuidar (negociação de deveres e necessidades para com a pessoa idosa). A rede de apoio social tem como funções não só apoiar a pessoa idosa e sua pessoa significativa/cuidador, como também monitorizar o aparecimento de problemas e dificuldades. Deste modo, a sua ausência torna os sujeitos vulneráveis ao risco de abuso. Por fim, os resultados destas interacções englobam: saúde física e emocional, tal como sentimento de felicidade por parte da pessoa idosa/pessoa significativa; risco de maus-tratos e negligência nas suas diferentes formas; durabilidade da relação de cuidar; e sensação de segurança e confiança (*idem*).

Os autores declaram também que estes resultados acabarão por influenciar as variáveis precedentes, na medida em que não se apresentam como fluxos unidireccionais. Ou seja, uma pessoa idosa vítima de abuso tem uma maior probabilidade de se apresentar deprimida, com afastamento social, aumentando o risco para a ocorrência de outro incidente. Também um perpetrador com maiores níveis de stresse pode ter um maior risco de responder com acções abusivas, a qualquer alteração ou desafio às suas capacidades de cuidador (*idem*).

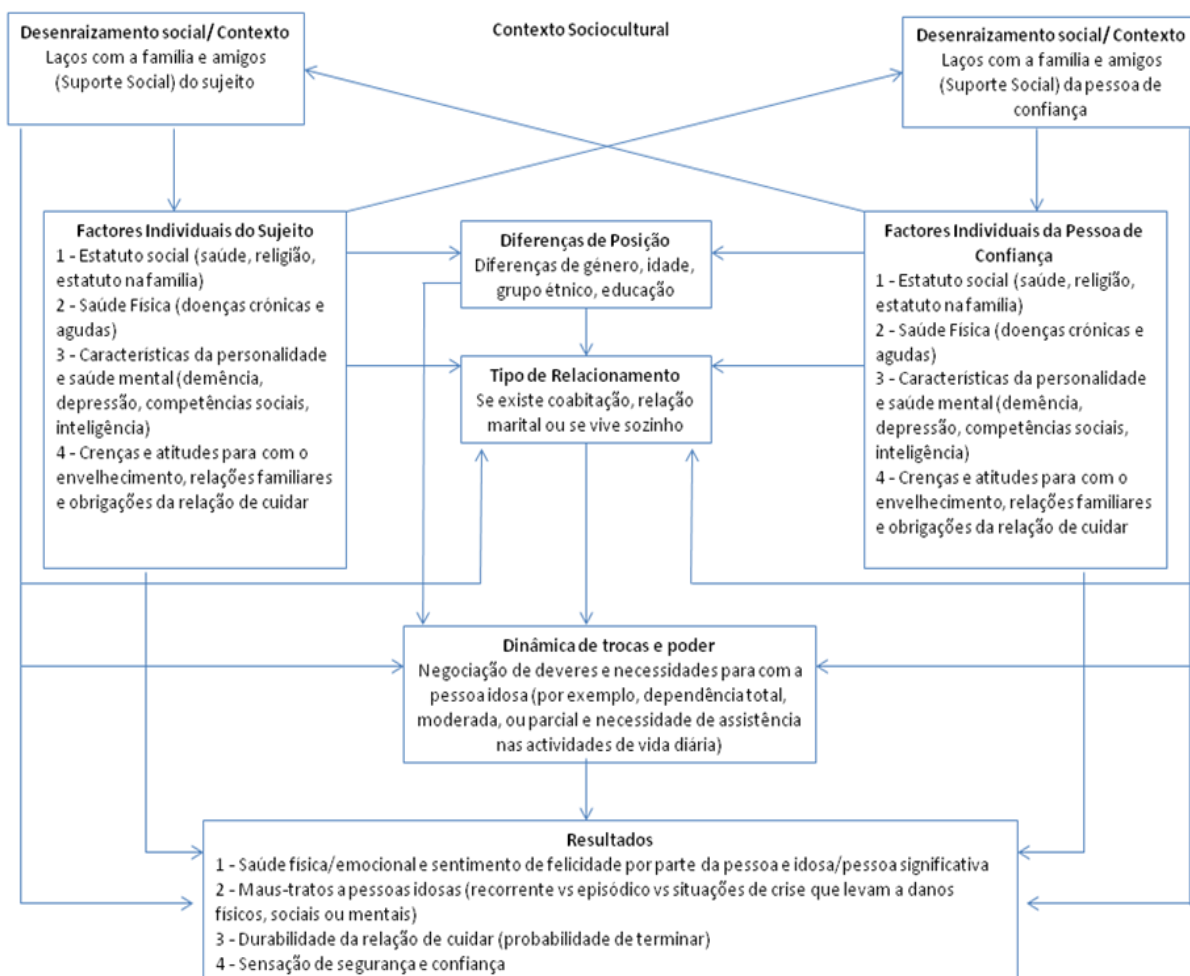


Figura 1 – Modelo esquemático do abuso de pessoas idosas (adaptado de National Research Council, 2003).

Tendo em conta os pressupostos expostos, carece acrescentar a necessidade expressa pelos autores da realização de estudos longitudinais, tal como investigação qualitativa, para uma melhor elucidação das relações, tendo em conta a heterogeneidade do fenómeno do abuso, revelada pelas suas diferentes tipologias. Importa reconhecer, por exemplo, em que diferem os maus-tratos provocados pelo cônjuge e pelos cuidadores informais, tal como quais as diferenças entre casos isolados de abuso e casos de abuso recorrentes (*idem*).

O comité National Research Council dos EUA (2003) alega também que, no sentido de uma prevenção e intervenção mais eficazes, é necessário considerar as características específicas de situações como: situações prolongadas de abuso pelo cônjuge; situações de abuso por parte do cônjuge que se iniciam na idade adulta avançada (talvez devido a uma alteração da relação como resultado de mudanças a nível de dependência física, económica e social de um ou ambos os sujeitos); cuidados abusivos ou negligentes por parte de um familiar

que tem uma série de responsabilidades no processo de cuidar, e que se pode sentir assolado por problemas que podem não estar relacionados com o cuidar de outrem; cuidados abusivos ou negligentes por parte de um profissional de saúde ou instituição; e ainda, crimes de oportunidade perpetrados por cuidadores que tiram proveito do acesso aos recursos financeiros de pessoas idosas.

Como se pode observar, apesar dos esforços que se têm vindo a desenvolver ao nível da construção de teorias explicativas sobre os maus-tratos e negligência a pessoas idosas, ainda não se consegue reconhecer pelos modelos explicitados uma abordagem compreensiva que possibilite e oriente uma intervenção eficaz. Por exemplo, pode-se questionar sobre até que ponto as teorias do abuso de pessoas idosas se integram nas teorias da violência doméstica. Para além disso, o modelo esquemático exposto pelo comité National Research Council dos EUA (2003) não explica todas as influências e relações entre as variáveis explicitadas.

A propósito de uma evolução ao nível das teorias, Perel-Levin (2008) refere que estas deveriam abarcar dados de investigação sobre a marginalização e *ageism* na nossa sociedade, tal como o seu impacto no abuso de pessoas idosas. A autora alude também para a necessidade de se incluírem dados sobre a percepção das pessoas idosas acerca dos maus-tratos e possíveis intervenções, e ainda ter em linha de conta as opiniões expressas por profissionais de saúde (*idem*).

Nesta perspectiva, julga-se essencial apostar na realização de investigação de índole longitudinal, tanto quantitativa como qualitativa, capaz de explorar as dinâmicas das interações entre os sujeitos e o risco de maus-tratos e negligência, tendo em conta que o horizonte da construção de uma teoria bem fundamentada inclui o delinear de medidas preventivas e de intervenção mais eficazes.

No ponto seguinte, procura-se explicitar alguns dos esforços que têm vindo a ser realizados no sentido de uma intervenção no abuso de pessoas idosas, tal como algumas das medidas propostas pelos autores para melhorar o trabalho neste campo.

## 1.5 – INTERVENÇÃO

Tendo em conta o que foi exposto neste trabalho, assume-se como crucial a influência que os maus-tratos têm no bem-estar do idoso, comportando um desafio, uma barreira muitas vezes difícil de transpor, à vivência de um envelhecimento bem-sucedido.

Consequentemente, torna-se evidente a necessidade de uma intervenção capaz de abarcar as necessidades destes idosos e de quem deles cuida, para que não só se puna os perpetradores e se ajude os idosos vítimas de abuso, como também e principalmente, se aja no sentido de uma prevenção eficaz, minimizando os seus efeitos e consequências.

Segundo Erlingsson, Saveman e Berg (2005,) as consequências dos maus-tratos a pessoas idosas, no que diz respeito à vítima, englobam respostas emocionais intensas de medo e muitas vezes frustração. Wolf (2000) aponta como consequências, para além dos efeitos psicológicos de depressão, ansiedade, alienação, vergonha, culpa, entre outros, também efeitos físicos, levantando a hipótese de que as situações de abuso levam a um aumento do stresse, o que pode conferir um agravamento para situações que envolvem risco de morte. Previsivelmente, pode-se apontar como decorrente deste facto um acréscimo na necessidade de cuidados de saúde e aumento dos gastos em tratamentos hospitalares, que poderão suplantar os gastos inerentes a atitudes de prevenção.

Na perspectiva de Muehlbauer e Crane (2006), os episódios de maus-tratos tendem a ser repetitivos, continuando até ao momento em que ocorra uma alteração significativa no meio circundante. Na maioria dos casos, a vítima e as famílias recusam ajuda, sendo que as vítimas geralmente apresentam receio de represálias, da perda de autonomia e de alteração do local onde habitam. A pessoa idosa poderá não estar disposta a tomar medidas legais se o agressor corresponde a um membro da família, com o intuito de evitar quebrar laços familiares, ou então, se existirem sentimentos de culpa, vergonha e auto-estima reduzida (*idem*).

Thobaben (2001) argumenta que algumas das barreiras à identificação de casos de maus-tratos e negligência a pessoas idosas incluem: atitudes de *ageism* por parte da sociedade em geral; percepção da violência como um “assunto privado”; as pessoas idosas têm medo de represálias por denunciar o abuso; e os profissionais de saúde muitas vezes descartam as responsabilidades inerentes à intervenção neste tipo de situações justificando-se, com falta de meios e/ou conhecimentos.

Deste modo, depreende-se que algumas das intervenções a realizar, no combate ao abuso de pessoas idosas, baseiam-se, necessariamente, na incidência sobre as barreiras à identificação dos casos de abuso a pessoas idosas.

Segundo Gonçalves (2006), a intervenção a empreender é bastante complexa e deverá ter em conta uma abordagem multidisciplinar, englobando diferentes profissionais, que trabalham de perto com o idoso e a sua família, passando também pelas autoridades sociais locais, autoridades de saúde, polícia e agências (privadas ou voluntárias) de protecção da vítima. Indo de encontro a esta perspectiva, Alberto (2004) menciona que, para que esta

intervenção se estabeleça de forma eficaz, os profissionais deverão estar atentos e sensíveis à qualidade de vida do idoso. Para que se consigam identificar situações de maltrato, é preciso estar atento não só aos sinais físicos de abuso e/ou negligência, como também às narrativas dos próprios idosos (*idem*).

Alberto (2004) relembra que a intervenção nesta problemática, ao pautar-se pela conjugação de esforços colectivos e multidisciplinares, deverá ter sempre em conta, para uma melhor e mínima intervenção, o consentimento do idoso, pois certamente será ele a pessoa mais competente para decidir sobre a sua vida. Contudo, não se pode esquecer as situações em que existe uma ameaça e controlo por parte do agressor, ou então quem, por algum défice físico ou cognitivo, não possa expressar a sua vontade (*idem*).

Anetzberger (2000) aponta uma estrutura de intervenção em casos de abuso de pessoas idosas, que é composta por três componentes. O primeiro componente diz respeito à intervenção primária, englobando atitudes de protecção, *empowerment* e defesa para com a pessoa idosa. O segundo componente está relacionado com os alvos da intervenção, englobando a díade vítima-perpetrador, tal como o sistema familiar. O terceiro componente remete-se para as funções básicas da intervenção que são, segundo a autora, a resposta em casos de emergência, suporte, reabilitação e prevenção (*idem*).

Alberto (2004) aponta a necessidade de uma prevenção primária que passa sobretudo por um processo de sensibilização e que se deverá estender a vários níveis da sociedade. Reporta-se, por um lado, a uma valorização social do idoso que tende a mudar as representações sociais e as atribuições culturais da velhice, e por outro lado alude-se à questão de que o maltrato do idoso existe e que este não deve ser aceitável, tendo em conta que todo o idoso tem o direito a ser protegido e a viver com dignidade (*idem*).

Na perspectiva de Ferreira-Alves (2005), é necessário incidir na tónica da necessidade da valorização do idoso enquanto membro activo da sociedade que, dotado de direitos e deveres, deverá ser protegido enquanto cidadão.

Relativamente à temática da prevenção, Daichman (2006) alega que algumas medidas devem passar por: informar e educar a população idosa sobre os seus direitos e sobre serviços de protecção social; providenciar informação sobre alternativas válidas para fazer face a situações de abuso, fomentando o direito à decisão da pessoa idosa; promover atitudes educativas relativamente ao processo de envelhecimento *versus* patologias no envelhecimento, e sobre as limitações que podem causar; incluir esclarecimentos sobre o processo de envelhecimento ao longo de todo o ciclo escolar; informar sobre os factores de risco para o abuso a pessoas idosas a cuidadores formais, informais, pessoas idosas e suas famílias; encorajar a comunicação social a promover uma imagem adequada do processo de

envelhecimento, ao invés de imagens negativas, revelando também factos sobre a dimensão do abuso de pessoas idosas; crê-se também como fundamental criar associações articuladas com serviços de protecção social e de cuidados de saúde, especializadas em dar resposta a situações confirmadas de maus-tratos e negligência a pessoas idosas, bem como motivadas para a sensibilização da população em geral sobre a temática (*idem*).

Indo de encontro a esta perspectiva, Stein (2006) coloca a tónica na disponibilização de informação à população em geral e às pessoas em situação de dependência, a par de uma formação aos prestadores de cuidados formais e informais sobre os direitos das pessoas idosas, ancorada numa necessária revisão da legislação, para que esta se adequue às respostas sociais e de saúde necessárias para esta população.

Gonçalves (2006) relembra que, em Portugal, para além dos Princípios Gerais de Protecção e Direitos da pessoa idosa (artigo 12 da Constituição da República Portuguesa), que consagra que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e a marginalização social, não existe muito mais legislação que se reporte neste sentido. Relativamente à protecção jurídica sobre os maus-tratos (Artigo 152º - Maus tratos e infracção de regras de segurança), constata-se que não existe nenhuma secção específica que se reporte ao idoso (*idem*).

Tendo em conta a coordenação da assistência a todos os idosos, a Direcção Geral de Saúde (2004 *in* Gonçalves, 2006) emitiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que preconiza a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exigindo uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a rede de cuidados continuados de saúde. Como se pode observar, esta noção, apesar de não se referir particularmente aos maus-tratos, sustém a necessidade de se apostar num conjunto de esforços que se inter-relacionem para a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, indo de encontro às perspectivas dos autores já referenciados.

Em Portugal, algumas instituições governamentais, e também não governamentais, têm tentado marcar a diferença através do apoio a pessoas idosas vítimas de maus-tratos, entre as quais o GEAVI (Grupo de Estudos e Avaliação das Pessoas Idosas Vítimas de Maus-Tratos), Provedor de Justiça através da Linha do Cidadão Idoso, Linha de Emergência Social, APAV, entre outros.

A APAV (1999 *in* Capela, 2002) delineou um manual denominado de Projecto Títono – Pessoas Idosas Vítimas de Crime, no âmbito do Ano Internacional das Pessoas Idosas. Este manual tinha como principal objectivo ser utilizado como instrumento de apoio e



esclarecimento para profissionais que contactam com pessoas idosas vítimas de crime, no sentido de poderem proporcionar apoio e/ou encaminhamento adequado da situação. Contudo, e apesar de ser um instrumento de indubitável valor, este só será reconhecido quando utilizado, tendo em conta a experiência de cada profissional (*idem*).

A nível internacional, existe a INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse) (INPEA, 2007), que tem como principais objectivos: aumentar a consciência pública sobre o fenómeno dos maus-tratos; promover a educação e treino de profissionais para a identificação; tratamento e prevenção destas situações; advogar a causa dos idosos abusados e negligenciados; e estimular a pesquisa sobre as causas consequências, prevalência, tratamento e prevenção dos maus-tratos aos idosos. Sendo uma agência internacional, o seu âmbito estende-se a uma cooperação com diversos países, comemorando internacionalmente o dia 15 de Junho como o “World Elder Abuse Awareness Day”, como forma de sensibilizar a sociedade para esta problemática.

Ao nível da intervenção em casos de maus-tratos de pessoas idosas, a American Medical Association (1992) acredita numa visão o mais abrangente possível do fenómeno. Deste modo, sugere uma atitude de despiste ao nível dos cuidados de saúde que englobe uma avaliação da condição da pessoa idosa em consultas de rotina. Esta avaliação surge associada a uma série de questões estandardizadas que enfocam várias tipologias de maus-tratos e deve estar englobada em protocolos de actuação, caso existam algumas suspeitas, ou confirmação, de situações de abuso. Para além disso, uma correcta apreciação acerca do risco de maus-tratos deve abranger uma avaliação da segurança da pessoa idosa, do seu acesso aos cuidados de saúde, do seu estado cognitivo, emocional, físico e social, bem como da frequência, severidade e intenção do acto perpetrado (*idem*).

Também Perel-Levin (2008) sustenta a hipótese de realização de despistes de ocorrência de abuso como uma forma de alcançar uma grande parte da população. A autora acrescenta também que, em termos éticos, é imprescindível que, após a aplicação de instrumentos de avaliação e despiste, se forneçam alternativas às pessoas idosas para a resolução dos seus problemas e necessidades.

Relativamente à questão da avaliação do risco de maus-tratos e negligência a pessoas idosas, Hardin e Khan-Hudson (2005) declaram que os serviços de urgência deverão assumir um papel importante, na medida em que vão ao encontro de pessoas que de outra forma poderão não ter contacto com cuidados de saúde. Assim, pretende-se uma actuação pró-activa na detecção e encaminhamento de casos de abuso a pessoas idosas, tal como na detecção de factores de risco, alicerçada no estabelecimento de protocolos com outras entidades, como serviços de apoio social e/ou saúde comunitária, para que não só se possa

intervir quando o abuso já ocorreu, mas também no sentido de colmatar as necessidades de pessoas idosas e suas famílias, para que se possa prevenir, actuando sobre os factores de risco identificados. Almeja-se também uma aposta na formação dos profissionais, para uma maior sensibilização sobre medidas de avaliação, detecção e intervenção. Na perspectiva das autoras, a intervenção em casos de abuso, ou de suspeita de abuso a pessoas idosas deverá passar por prevenir o declínio da qualidade de vida destas, prevenir a desestruturação familiar e manter a pessoa idosa no seu domicílio pelo maior tempo possível, se essa for a sua vontade (*idem*).

Sobre a entrevista a realizar à pessoa idosa vítima de abuso, Ferreira, Vieira e Firmino (2006) referem que esta deve avançar do geral (rastreio) para o mais específico (questões sobre a situação de abuso), não se devendo acusar as vítimas, nem incriminar os perpetradores, na medida em que estes também poderão estar a ser vítimas, ou a sofrerem de sobrecarga e stresse. Os autores alegam também que é importante separar as vítimas e abusadores no momento da entrevista, contribuindo para minimizar sentimentos de medo de represálias, assegurando a confidencialidade.

Também Ferreira-Alves (2005) tece importantes considerações sobre o processo de atendimento à pessoa idosa vítima de maus-tratos. Na perspectiva do autor, é necessário que ao atender a pessoa idosa se comece por explorar e identificar indicadores de abuso, observando factores de risco que conduzam à elaboração de uma teoria de interpretação dos acontecimentos, culminando com a finalização. Relativamente a esta última etapa, considera-se fulcral iniciar um processo de resolução do problema em que, através de comunicação com a vítima e abusador, se pondera sobre quais as instituições existentes na comunidade que poderão dar resposta às necessidades dos sujeitos envolvidos (*idem*).

Ferreira-Alves (2005) argumenta também que se deve garantir que as vítimas que expõem a sua situação não sejam penalizadas, ou seja, deverá providenciar-se apoio psicológico, social, jurídico e económico, fomentando a consciência de que os abusos que as pessoas idosas podem vivenciar são inaceitáveis, podendo existir alternativas e mudanças de circunstâncias de vida.

Sobre o processo de intervenção em casos de abuso de pessoas idosas, Gonçalves (2006) vai de encontro ao exposto pelos autores supracitados. De acordo com a autora, a sequência de intervenção habitualmente adoptada inclui três fases. A primeira fase diz respeito à identificação das situações de abuso, através dos factores de risco, sinais de alerta, denúncias, entre outros, podendo ser detectados por qualquer indivíduo, profissional ou não. Uma segunda fase diz respeito à avaliação em que deverá participar uma equipa multidisciplinar, para aceder ao prestador de cuidados e ao idoso, na tentativa de confirmar,

ou não, a suspeita de abuso e a respectiva causa. Na última fase, deve-se estabelecer a acção, com a organização dos cuidados a prestar ao idoso, sendo preconizado, tanto quanto possível, permitir à vítima de abuso permanecer na sua habitação, contudo, longe dos agressores (*idem*).

Em todas as situações de abuso, estando ele comprovado, ou sendo apenas fruto de uma suspeita, deverão realizar-se visitas regulares para vigilância da situação, impedindo assim o isolamento social. Devem ser mobilizados recursos como serviços de cuidados domiciliários, centros de dia, tutela por parte de serviços sociais, avaliação da adequação da habitação às necessidades e limitações do idoso, valorizando apenas a necessidade de institucionalizar o idoso quando a família não pode garantir cuidados adequados (*idem*).

Brandl (2000) acrescenta como possibilidades de intervenção impedir o isolamento, ou melhor, afastar na medida do possível a vítima do perpetrador e favorecer os sistemas de apoio social da pessoa idosa, e ainda desenvolver o seu poder de decisão e controlo. Esta última medida deve englobar acções como a escuta activa da vítima, fornecendo informação válida sobre a ocorrência de abuso a pessoas idosas, tal como que opções existem para fazer frente a estas situações, quer seja de denúncia, quer seja de instituições que prestam apoio. Assim, tal como referem Erlingsson, Saveman e Berg (2005) é necessário apontar estratégias de  *coping*, dotando a pessoa idosa de recursos para fazer face à situação de abuso, minimizando o impacto negativo no percurso do seu desenvolvimento.

Relembrando as teorias que sustentam as explicações para a ocorrência de abuso de pessoas idosas, tal como os factores de risco apontados por vários autores, verifica-se que o stress do cuidador é largamente identificado como potencial despoletador de situações de maus-tratos, em situações de *burden*, ou exaustão do cuidador, bem como contribuindo negativamente para o processo de cuidados informais.

Neste sentido, será coerente apontar como intervenções a adoptar em situações de abuso, ou ainda para a sua prevenção, medidas que visem apoiar o idoso e a sua família no processo de cuidados informais.

Contudo, no âmbito destas considerações, é preciso questionar sobre as medidas que têm vindo a ser propostas, no sentido de uma política preventiva desta situação, e qual a sua eficácia. Será essencial repensar o processo de cuidados ao nível informal, as exigências e alterações que traz ao nível das famílias, e o que fazer para colmatar as falhas que comumente se encontram ao nível do seu apoio e orientação. Por exemplo, a quem podem recorrer estas famílias quando se sentem sobrecarregadas no seu papel e tarefas? Será neste caso a solução mais viável encaminhá-las para hospitais já sobrecarregados, onde o mais certo

será diminuir a qualidade do seu bem-estar, ou então agravar o seu estado de saúde? Será que as instituições de cuidados continuados conseguem dar resposta às expectativas das famílias e centros hospitalares?

Indo de encontro a esta perspectiva, quem cuida dos cuidadores, tão afectados muitas vezes por alterações dramáticas na sua vida familiar? E ainda, quem será responsável por uma observação directa dos cuidados prestados a estes idosos? Porque é inegável que muitas vezes as famílias não estão sequer preparadas, nem motivadas, para a prestação de cuidados incorrendo em situações de negligência e até de maus-tratos. Quem protege os idosos que são cuidados?

De acordo com Lage (2005), o que caracteriza os cuidados prestados pelas famílias é a diversidade, pois muitas são as facetas envolvidas no cuidado aos idosos como o suporte psicológico, emocional, financeiro, assistência nas actividades básicas e nos cuidados de saúde, entre outros.

Neste contexto, Brito (2002) aponta que o processo de prestação de cuidados é complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, nas necessidades e sentimentos de quem recebe e de quem presta cuidados, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar, das redes de apoio social, dos sistemas de crenças e, fundamentalmente, de como o prestador de cuidados percebe todos esses factores.

Braithwaite (1992) alega que o processo de prestação de cuidados a idosos difere das outras etapas da vida, na medida em que neste caso quem cuida está ciente da situação de contínuo e progressivo agravamento (antevendo o seu próprio futuro), a relação prévia com o familiar idoso e a inversão de papéis podem levar a conflitos, e raramente é uma escolha assumida ser prestador de cuidados, tal como raramente existe uma partilha real de tarefas.

Na perspectiva de Lage (2005), cuidar de um familiar idoso pode ser uma actividade desgastante, com consequências na saúde e qualidade de vida do cuidador, consequências que são mais acentuadas se o cuidador não tiver conhecimentos, habilidades ou apoio suficientes para prestar efectivamente esses cuidados.

Por outro lado, Figueiredo (2006) alega que a tarefa de cuidar também proporciona, ao cuidador informal, aspectos positivos que se assumem como fontes de satisfação. Estes englobam, para além de vantagens financeiras, como destaca Figueiredo (2006, 70-71):

“a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter a consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressar amor e afecto, afastar a possibilidade de institucionalização, encarar a prestação de cuidados como uma

possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal, sentido de realização, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências”.

Para que o balanço entre as exigências da tarefa de cuidar e as fontes de satisfação permaneça positivo, é necessário incidir no apoio tanto às pessoas idosas incapacitadas, como aos seus cuidadores, favorecendo a melhoria da qualidade de ambos e promovendo a continuidade da disponibilidade familiar (Figueiredo, Lima & Sousa, 2009)

Num estudo realizado por Figueiredo, Lima e Sousa (2009) acerca da satisfação de vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos, observou-se uma interferência nefasta da tarefa de cuidar no bem-estar dos participantes, nomeadamente na sua percepção do estado de saúde, o que indica este processo como um agente stressor crónico para a vida dos sujeitos. Deste modo, as autoras aludem para a necessidade de se diferenciarem programas de intervenção adequados ao tipo de dependência do familiar idoso, com o objectivo de minorar os efeitos negativos percebidos.

Por sua vez, Brodaty (1999 *in* Brito, 2002) argumenta que as intervenções terapêuticas junto dos cuidados a familiares idosos deverão ser conduzidas em relação a três vertentes principais: apoio psicológico, educação/informação e sistemas sociais de apoio.

As exigências físicas e psicológicas dos cuidados poderão estar associadas a situações de abuso, violência (física e verbal), negligência e abandono. E infelizmente esta realidade em Portugal existe, passando demasiadas vezes incólume aos olhares dos profissionais de saúde, não tanto por uma irresponsabilidade profissional, mas mais por uma inoperância das políticas sociais que não praticam vigilância deste tipo de situações, nem asseguram uma melhor resposta em termos de capacitação de pessoas para prestação de cuidados.

Pelo exposto, identifica-se que cuidar de uma pessoa idosa e prevenir situações de abuso passa também por cuidar do cuidador, formá-lo e protegê-lo para que consiga desempenhar o seu papel da melhor forma possível.

Neste sentido, Ferreira, Nunes, Carvalho, Silva e Martins (2006) apelam a que se criem estruturas funcionais, principalmente a nível distrital, para que se possa acompanhar a vivência familiar da prestação de cuidados, e se garanta o devido apoio.

Desta forma, observa-se que uma grande parte da intervenção, ao nível da prevenção do abuso e intervenção, decorre do esforço conjunto e de uma maior sensibilização da população, quer para as características do contínuo desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo de vida, quer para a extensão do problema dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas. Para além disso, depreende-se desta análise a necessidade de uma maior contribuição a nível governamental, no sentido de uma evolução dos sistemas de apoios sociais a pessoas

idosas e suas famílias, que vise minorar as fragilidades e dificuldades sentidas, que poderão propiciar situações de abuso. Ao nível dos profissionais de saúde, pela sua privilegiada proximidade com a pessoa idosa e família, deverá existir uma maior consciencialização dos seus deveres de acção perante situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas, fomentada por uma maior formação na área do desenvolvimento da pessoa idosa.

**PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## 1 – METODOLOGIA

Dando por finalizada a contextualização teórica do tema do trabalho de investigação, em que se procurou elaborar um quadro teórico que permitisse fundamentar a relevância da investigação empírica que se está a desenvolver, cabe agora apresentar os principais aspectos metodológicos que orientam a prossecução deste estudo.

A necessidade do estabelecimento de uma metodologia delineada com rigor, resulta do facto de ser nesta fase que tem lugar a descrição dos métodos utilizados para recolher os dados, por meio dos quais foram testadas as hipóteses, englobando detalhe suficiente para que o leitor possa replicar a investigação (Hill & Hill, 2005).

Assim, neste capítulo terá lugar uma descrição pormenorizada do estudo empírico, compreendendo a determinação dos objectivos, formulação das hipóteses, identificação e selecção da amostra estudada, conceptualização do estudo, bem como a operacionalização das variáveis em análise. A estes aspectos seguir-se-á a apresentação dos instrumentos e o processo de recolha de dados, as considerações éticas envolvidas e os procedimentos relativos à própria análise de dados, antes de proceder à apresentação dos resultados obtidos.

### 1.1 – OBJECTIVOS

A definição de objectivos de investigação é essencial para a orientação da sua natureza, bem como do tipo de problema a ser seleccionado e do material a utilizar (Cervo & Bervian, 1983).

Com vista à concretização do presente estudo, determina-se como **objectivo central** a realização de um estudo de prevalência e descrição dos factores de risco associados ao fenómeno dos maus-tratos e negligência na pessoa idosa.

Com o intuito de especificar melhor os pressupostos que dirigem a concretização desta investigação, determinam-se ainda os seguintes **objectivos específicos**:

**Objectivo 1** – Caracterizar a amostra de acordo com a existência e a quantidade de indicadores de maus-tratos;

**Objectivo 2** – Caracterizar a amostra segundo indicadores sócio-demográficos;

**Objectivo 3** – Caracterizar a amostra quanto à tipologia dos indicadores de maus-tratos;

**Objectivo 4** – Caracterizar a amostra quanto aos grupos classificatórios de depressão;



**Objectivo 5** – Caracterizar a amostra quanto à forma de lidar com os maus-tratos;

**Objectivo 6** – Analisar a relação de cada tipologia de maus-tratos com as variáveis sócio-demográficas consideradas;

**Objectivo 7** – Analisar a relação de cada tipologia de maus-tratos com a depressão.

## 1.2 – HIPÓTESES

As hipóteses, emergindo de um modelo ou teoria, propõem a clarificação do que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê (Ribeiro, 2007). Na perspectiva de Fortin (1999), são a base da expansão dos conhecimentos, quando se trata de refutar uma teoria, ou de a apoiar.

Relativamente aos cinco primeiros objectivos não serão formuladas hipóteses, uma vez que se pretende unicamente uma descrição dos dados encontrados.

As hipóteses delineadas advêm dos objectivos 6 e 7, e combinam o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados, tendo em conta as relações entre as variáveis.

No presente estudo, colocam-se hipóteses de investigação, dedutivas e conceptuais (Almeida & Freire, 2000), nomeadamente:

**Hipótese 1** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante o género;

**Hipótese 2** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a idade;

**Hipótese 3** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante o estado civil;

**Hipótese 4** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante o agregado familiar;

**Hipótese 5** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a existência de apoio domiciliário;

**Hipótese 6** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a frequência de centros de apoio na comunidade;

**Hipótese 7** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante os meios de subsistência;

**Hipótese 8** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a percepção da suficiência dos meios de subsistência;

**Hipótese 9** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a escolaridade;

**Hipótese 10** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a depressão.

### 1.3 – AMOSTRA E POPULAÇÃO

Para que se torne possível operacionalizar as variáveis definidas de acordo com os objectivos do estudo, bem como seleccionar os instrumentos de recolha de dados, é crucial que se tenha já definido e delimitado a população à qual será aplicado o estudo, bem como a amostra e o seu processo de selecção.

“As pessoas ou objectos acerca das quais se pretende produzir conclusões designam-se por população” (Norusis, 1991 *in* Ribeiro, 2007, 41). Assim, a **população** reconhecida para a elaboração deste estudo compreende o conjunto de utentes idosos (com 65 anos ou mais) do Serviço de Urgência de um Hospital Central do distrito de Coimbra (Centro Hospitalar de Coimbra, EPE).

Foi escolhida esta população, não só pela conveniência da autora em aceder aos utentes, como também, e principalmente, porque este serviço abarca uma panóplia variada de utentes e integra as variáveis em estudo. Também se pode considerar esta escolha pela possibilidade das conclusões do estudo serem uma mais-valia para a implementação de medidas adequadas, que façam suprir as necessidades destas pessoas idosas.

Face à dimensão da população, ao tempo necessário e aos recursos disponíveis, afigura-se inviável analisar todos os indivíduos que compõe esta população, sendo imperativo seleccionar uma amostra. Esta pode ser entendida como “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura da população alvo.” (Fortin, 1999, 41).

A **amostra** deste estudo corresponde a um total de 75 indivíduos, recorrendo a um processo de amostragem não probabilística por conveniência (amostra ocasional) na medida em que nem todos os elementos da população puderam participar, nem tiveram a mesma probabilidade de serem seleccionados (Fortin, 1999; D’Hainaut, 1990). Ou seja, integraram-se no estudo os utentes que recorreram ao serviço de urgência entre os dias 9 e 13 de Fevereiro de 2009, das 11 às 17 horas e que, aceitando participar no estudo, correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão delineados.

Os critérios de inclusão englobam ser utente do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, no momento da realização do questionário, e ter uma idade de 65 anos ou mais.

Como critérios de exclusão delinearam-se:

- Ter menos de 65 anos (pois não são indivíduos considerados indivíduos idosos);
- Ter 65 anos ou mais, mas apresentar como resultados no Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ): mais de 4 erros para um indivíduo analfabeto; mais de 3 erros para um indivíduo com a instrução básica e mais de 2 erros para um indivíduo com instrução superior (por se necessitar da colaboração e da compreensão dos sujeitos para preencherem adequadamente os instrumentos de colheita de dados);
- Ter 65 anos ou mais, mas apresentar deficiência mental, demência ou grave patologia psiquiátrica (por se necessitar da colaboração e da compreensão dos sujeitos para preencherem adequadamente os instrumentos de colheita de dados);
- Ter 65 anos ou mais, mas apresentar desorientação alopsíquica (por se necessitar da colaboração e da compreensão dos sujeitos para preencherem adequadamente os instrumentos de colheita de dados).

#### 1.4 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Tendo em conta as características da população em estudo, os problemas de investigação e o nível de conhecimentos desenvolvidos até ao momento actual, compreende-se então a necessidade de adoptar um *design* quantitativo, não-experimental, descritivo-correlacional e de índole transversal.

A sua natureza quantitativa justifica-se pelo facto de recorrer a dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações, tal como refere Fortin (1999). O seu carácter não experimental é determinado pelo facto de não se actuar sobre a variável independente para identificar se esse tipo de intervenção irá produzir alterações na variável dependente (Ribeiro, 2007).

O estudo segue uma via descritiva-correlacional, pois pretende-se descrever como os conceitos interagem, e como podem estar associados, não se procedendo a uma tentativa de explicação das relações encontradas (Fortin, 1999). Segundo Almeida e Freire (2000), o método correlacional situa-se entre os métodos descritivos (compreensivos da realidade) e os estudos experimentais, pois vai mais além de uma descrição dos fenómenos porque se

conseguem estabelecer relações entre as variáveis, mas não se consegue determinar significado de causalidade ao nível das relações encontradas.

A sua índole transversal reflecte o momento em que decorre a recolha de dados, que se caracteriza por ser um período de tempo relativamente curto (face às características da amostra estudada) e determinado (Ribeiro, 2007).

## 1.5 – VARIÁVEIS

Na perspectiva de Ribeiro (2007), as variáveis de investigação constituem um elemento central, na medida em que a investigação é estruturada à sua volta.

A **variável dependente** corresponde aos indicadores de maus-tratos. Neste caso, dadas as características do estudo e do instrumento utilizado, consideram-se indicadores de abuso auto-reportado pela vítima, não sendo objectivamente observáveis pelo entrevistador.

As **variáveis independentes** englobam:

- Variáveis sócio-demográficas (género, idade, estado civil, agregado familiar, existência de apoio domiciliário, frequência de centros de apoio na comunidade, meios de subsistência, percepção da suficiência dos meios de subsistência e escolaridade);
- Variável de saúde mental (depressão).

De forma a responder ao problema colocado e às hipóteses formuladas, permitindo o tratamento estatístico e a interpretação adequados, as variáveis em estudo foram submetidas a um processo de **Operacionalização**:

⌘ **Indicadores de maus-tratos:** De acordo com Ferreira-Alves (2005), o fenómeno dos maus-tratos a idosos é nitidamente sub-referenciado, e relativamente frequente e subtil nas suas formas. Nesta perspectiva, pode-se considerar que a própria definição de maus-tratos reveste-se de algumas diferenças, consoante os autores. Por exemplo, a definição proposta pela Action on Elder Abuse, no Reino Unido (1995 *in* OMS, 2002), reporta-se aos maus-tratos ao idoso como sendo uma acção única ou repetida, ou ainda, a ausência de uma acção devida, que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorre dentro de um relacionamento em que exista expectativa de confiança. Assim, e como nos aponta Gomes (2000), esta noção enquadra-se numa definição de violência enquanto actos dirigidos a uma outra pessoa, visando produzir um sofrimento físico, um atentado à sua integridade corporal, psicológica, social e material ou à sua destruição.

Os indicadores de maus-tratos serão avaliados através do instrumento QEEA (Questions to Elicit Elder Abuse) de Carney, Kahan e Paris (2003), traduzido para a Língua Portuguesa por Ferreira-Alves e Sousa (2005). Como já referido anteriormente, dizem respeito a indicadores de abuso auto-reportado pela vítima, em que é a pessoa idosa que os declara mediante as questões do entrevistador, não sendo por isso passíveis de serem observados objectivamente. Os autores propõem um conjunto de 15 questões que correspondem a 15 indicadores de maus-tratos, e que se dividem na seguinte tipologia:

- a) *Abuso físico*: uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. São exemplos as punições físicas de qualquer tipo, incluindo também a sub e/ou sobremedicação e o abuso sexual;
- b) *Abuso emocional*: infligir angústia, dor ou aflição por meios verbais ou não verbais; inclui-se a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo;
- c) *Abuso financeiro*: uso impróprio ou ilegal de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa;
- d) *Negligência (passiva ou activa)*: recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com uma pessoa idosa.

✎ **Género**: É uma das variáveis de caracterização da amostra e uma variável independente. É uma variável nominal dicotómica composta pelas categorias feminino (1) e masculino (2).

✎ **Idade**: É uma das variáveis de caracterização da amostra e uma variável independente. É uma variável intervalar, cuja unidade de medida corresponde aos anos de vida; consideraram-se os indivíduos com 65 ou mais anos.

✎ **Estado Civil**: É uma das variáveis de caracterização da amostra e uma variável independente. É uma variável nominal composta pelas categorias: solteiro (1); casado/união de facto (2); viúvo (3); divorciado/separado (4).

✎ **Agregado Familiar**: Diz respeito às pessoas que coabitam com o idoso. É uma variável nominal, que serve para caracterização da amostra, sendo também uma variável independente. É composta pelas categorias: vive sozinho (1); vive com o cônjuge (2); vive com os filhos (3), vive no lar (4), vive com o cônjuge e filhos (5), vive com amigos (6).

✎ **Existência de Apoio Domiciliário**: É uma variável de caracterização da amostra e também uma variável independente. É uma variável nominal dicotómica composta pelas categorias sim (1) e não (2). Relativamente ao apoio domiciliário, consideraram-se todo o tipo de ajudas, em termos de prestação de serviços, fornecidas aos idosos, quer por entidades particulares ou estatais, e prestadas na sua residência actual. É uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos

e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária.

✕ **Frequência de Centros de Apoio na Comunidade:** Sendo uma das variáveis independentes e de caracterização da amostra, é uma variável nominal dicotómica composta pelas categorias sim (1) e não (2). Relativamente aos centros, consideram-se Centros de Dia de instituições particulares ou estatais, excluindo-se idosos internados em lares.

✕ **Meios de Subsistência:** É uma das variáveis de caracterização da amostra e uma variável independente. É uma variável nominal na qual se englobaram seis categorias: pensão/reforma (1); rendas (2); depende de outrem (3); pensão e rendas (4); pensão e depende de outrem (5); pensão e trabalho (6). Diz respeito às possibilidades económicas do indivíduo para fazer frente às suas necessidades diárias.

✕ **Percepção da Suficiência dos Meios de Subsistência:** É uma das variáveis de caracterização da amostra e uma variável independente. É uma variável nominal dicotómica composta pelas categorias sim (1) e não (2). Relaciona-se com a indicação de cada pessoa sobre se os seus meios de subsistência lhe são suficientes para a vivência do dia-a-dia.

✕ **Escolaridade:** É uma das variáveis de caracterização da amostra e uma variável independente. É uma variável nominal na qual se englobaram seis categorias: analfabeto (1); primeiro ciclo (2); segundo ciclo (3); terceiro ciclo (4); ensino secundário (5); ensino superior (6).

✕ **Depressão:** Na perspectiva de Bae e Cho (2004 *in* Andrade, 2007), a depressão identifica-se como uma das doenças geriátricas mais comuns. Pode-se considerar que a população idosa está mais propensa à depressão devido à existência de alterações biológicas como disfunções neuroendócrinas e neuroquímicas, entre outras, que ocorrem no cérebro aquando do envelhecimento, bem como devido à redução de perspectivas sociais e declínio de saúde (Andrade, 2007).

O diagnóstico clínico de depressão é feito com base nos seguintes critérios da DSM-IV-TR: humor depressivo, perda de interesse ou prazer pelas actividades, alteração do ritmo do sono e do peso corporal, agitação ou lentificação psicomotora, perda de energia, sentimentos de desvalorização ou de culpa excessiva ou inapropriada, diminuição da capacidade de pensamento e de concentração, pensamentos recorrentes acerca da morte, prejuízo da vida social e ocupacional, tendo em conta que os sintomas não se devem aos efeitos de uma substância, ou a um estado físico geral, ou a uma situação de luto (Andrade, 2007).

No presente estudo, a depressão irá ser avaliada pela GDS (Geriatric Depression Scale) versão de 15 itens, versão reduzida da GDS-30, desenvolvida por Brink e Yesavage em 1982 (Gonçalves, 2006a.)

## 1.6 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No contexto de um estudo descritivo-correlacional e face às características da população que se pretende abarcar, o instrumento de recolha de dados que irá ser aplicado será o **questionário**. A selecção deste tipo de instrumento de recolha de dados fundamenta-se no facto de se pretender obter uma amostra ampla e a manutenção do rigor das informações colhidas com os recursos humanos e materiais disponíveis, sem expor os pesquisados às opiniões e aspectos pessoais do investigador (Fortin, 1999; Gil, 1995). Este método é passível de ser aplicado num estudo deste nível, além de implicar um tempo de aplicação relativamente curto. Este último aspecto constitui uma vantagem no caso de idosos utentes de um Serviço de Urgência, uma vez que diminui as probabilidades de fadiga e perda ou quebra de atenção, e de interferência no circuito normal de consultas e exames a realizar.

O questionário construído para aplicar à amostra compreende diferentes questões abertas e fechadas (cf. Anexo I). Antes de se iniciar o questionário, propriamente dito, existe um espaço introdutório no qual se determinam os objectivos do estudo, se solicita a colaboração dos participantes e se asseguram os aspectos éticos.

Desta forma, o instrumento de recolha de dados encontra-se dividido em cinco partes distintas que a seguir se enumeram.

### ✕ **Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)**

Este questionário construído por Pfeiffer, em 1975, tem como objectivo avaliar o funcionamento mental do indivíduo, ajudando na determinação da existência de deterioração cognitiva (Pfeiffer, 1975; Loureiro *et al.*, 2007; Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006). As suas questões permitem definir se o indivíduo é idóneo para continuar a responder ao questionário, logo constitui-se como um critério de exclusão neste trabalho. De acordo com Liang *et al.* (1989 *in* Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006), a maioria dos seus itens diz respeito a versões modificadas de outras escalas, sendo a sua capacidade limitada a uma definição simples de défice cognitivo.

O instrumento consta de 10 perguntas e a sua interpretação baseia-se no número de respostas erradas, sendo aceite mais um erro no caso de indivíduos analfabetos, e menos um

erro nos indivíduos com grau superior. Assim, considera-se como factor de exclusão: mais de 4 erros para um indivíduo analfabeto; mais de 3 erros para um indivíduo com a instrução básica e mais de 2 erros para um indivíduo com instrução superior. Contudo, alguns estudos realizados por Fillenbaum (1988 *in* Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006) referem que os erros, ou incapacidade de resposta, a este questionário podem estar relacionados com os níveis de escolaridade e podem resultar apenas da falta de informação ou da ansiedade no contacto inicial com o entrevistador, pelo que deve ser este a decidir se o inquirido é fidedigno e se a entrevista poderá prosseguir, mesmo que ocorram mais de quatro erros.

Optou-se por este instrumento devido à sua brevidade e disponibilidade de tradução para o português.

#### ✕ **Questões Sócio-Demográficas**

Questões abertas e fechadas que englobam: idade, género, estado civil, agregado familiar, existência de apoio domiciliário, escolaridade, meios de subsistência, percepção da suficiência dos meios de subsistência, frequência de centros de apoio na comunidade. Questões elaboradas pelos autores do trabalho.

#### ✕ **Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)**

Este instrumento foi criado por Carney, Kahan e Paris, em 2003, para avaliar a existência de indicadores de abuso em idosos e foi traduzido para a versão portuguesa por Ferreira-Alves e Sousa (2005).

É composto por 15 questões que reflectem indicadores prováveis de abuso, referindo-se a indicadores de abuso auto-reportado pela pessoa idosa. Inicialmente foram preconizadas como fazendo parte de um despiste médico, onde se fariam estas questões ao longo de uma consulta, ou exame físico, com o objectivo de aumentar a probabilidade de reconhecer se determinado sinal ou sintoma se deve ou não a uma situação de maus-tratos (Carney, Kahan & Paris, 2003; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

As questões são de resposta fechada, com excepção de uma questão acerca das atitudes do agregado familiar para com o idoso em situação de desacordo e abarcam 4 tipos de abuso considerados pelos autores: abuso físico (4 questões); abuso emocional (5 questões); negligência (4 questões); abuso financeiro (2 questões).

Na versão de Ferreira-Alves e Sousa (2005), as questões são realizadas através de grupos de indicadores de abuso, sendo que primeiro surgem as questões sobre o abuso físico, seguidamente sobre o abuso emocional, posteriormente sobre a negligência, e por último sobre o abuso financeiro. Neste trabalho, por se considerar que as perguntas sobre o abuso



físico poderão retrair mais o inquirido, e assim possivelmente ter alguma consequência nefasta sobre o decorrer da entrevista, alterou-se a ordem dos grupos de abuso inquiridos, iniciando com as questões sobre a negligência, e de seguida as questões sobre o abuso financeiro, abuso emocional, culminando com as questões sobre o abuso físico. Dentro de cada grupo de questões a ordem previamente estabelecida por Ferreira-Alves e Sousa (2005) foi mantida.

Cada participante obtém 1 ponto por cada resposta positiva (existe indicador de abuso) e 0 por cada resposta negativa (não existe indicador de abuso); o *score* total dará o total de indicadores de abuso. As questões 3 e 4 por estarem formuladas de forma invertida contabilizam-se de forma inversa em relação às restantes.

Ferreira-Alves e Sousa (2005) aplicaram este instrumento num estudo preliminar realizado em Braga. Os autores fazem referência ao facto de que o instrumento utilizado não pôde ser adaptado:

“devido ao facto de o número de participantes deste estudo não ser suficiente para efectuar procedimentos de estudo da sua consistência interna. Contudo, outros índices de validade devem ser referidos, nomeadamente de validade facial uma vez que os participantes pareciam compreender bem todas as questões e manifestavam conhecimento daquilo que cada questão pretendia avaliar. Por outro lado, a forma como os dados foram recolhidos, pode ser uma garantia da sua credibilidade – o que não exclui obviamente a necessidade de mais estudos aumentando a amostra aqui utilizada e usando outros instrumentos de recolha de dados” (*idem*, p.311).

É também apontada a necessidade de se estender o estudo a outras localidades nacionais, usando também outras metodologias para investigar o abuso a pessoas idosas.

Este instrumento foi escolhido devido à sua prévia utilização num estudo português acerca da mesma temática, devido à sua brevidade e também porque se crê nas suas qualidades para evidenciar o problema em questão.

#### ✘ **Atitude face ao abuso**

Questões abertas e fechadas sobre o tipo de atitude que o indivíduo tomou em relação à ocorrência de algum indicador de abuso (inquirido aos indivíduos que apresentaram pelo menos um indicador de abuso). Questões formuladas pelos autores do presente trabalho.

#### ✘ **Geriatric Depression Scale 15 (GDS 15)**

Esta escala foi criada por Brink e Yesavage em 1982 (Gonçalves, 2006a) com o objectivo de colmatar as divergências proporcionadas pela utilização, em indivíduos adultos

idosos, de escalas direccionadas a faixas etárias mais jovens. Para ultrapassar esta discrepância, procederam a uma selecção de itens relacionados com sintomatologia somática verificados nos quadros de depressão em idosos (McDowell & Newell, 1996 *in* Gonçalves, 2006a).

Na perspectiva de Adams, Matto e Sanders (2004 *in* Andrade, 2007) e Bae e Cho (2004 *in* Andrade, 2007), esta é uma das escalas de avaliação de depressão mais largamente utilizadas, quer seja em instituições, quer seja na comunidade.

Baldwin e Wild (2004 *in* Gonçalves, 2006a) referem que, quando comparada com outros instrumentos para avaliar a depressão geriátrica, esta escala é considerada como a mais completa, além de ser comprovada a sua validade através de estudos epidemiológicos (Gonçalves, 2006a).

Embora inicialmente composta por 30 itens, os autores propuseram posteriormente uma versão breve da escala, integrando 15 itens que apresentam correlações mais elevadas com os sintomas clínicos de Depressão na amostra de validação (Sheik & Yesavage, 1986 *in* Andrade 2007). Segundo McDowell e Newell (1996 *in* Gonçalves, 2006a), esta versão tende a diminuir a probabilidade de ocorrência de fadiga e perda/quebra de atenção por parte do idoso. Assim, e como argumenta Andrade (2007), a versão reduzida surge como uma tentativa de rastrear a Depressão no menor espaço de tempo e simultaneamente manter a precisão de diagnóstico.

Andrade (2007) aponta para a inexistência de estudos portugueses publicados onde se destaca a utilização da Escala de Depressão Geriátrica. Assim, desenvolveu um trabalho com o intuito de analisar as qualidades psicométricas e a sua utilidade clínica, estudar a validade e ainda seleccionar os 15 itens com saturações e correlações item-total mais elevadas (formação de uma versão reduzida da *Geriatric Depression Scale*). Relativamente a este estudo, os dados obtidos relativamente à GDS-30 corroboram a precisão e a validade dos resultados nesta escala. O Alfa de Cronbach de 0.88 a 0.90 revela uma consistência interna considerada boa a muito boa e a sua estabilidade temporal é modesta (0.77) (*idem*). A autora salienta o facto dos diversos estudos levados a cabo pela investigação realizada demonstrarem que a GDS-30 é uma escala precisa e válida (*idem*). No que diz respeito aos 15 itens com níveis de saturação mais elevados na análise factorial do grupo, considerado no estudo, como tendo diagnóstico clínico de depressão, verifica-se que estes diferem da versão original composta por Sheik e Yesavage (1986 *in* Andrade, 2007). Assim, enquanto no trabalho realizado por Andrade (2007) são seleccionados os itens 6, 11, 16, 19, 24, 25 e 26, os autores originais consideram os itens 2, 8, 12, 15, 21, 22 e 23. Ambos os estudos partilham os itens 1, 3, 4, 7, 9, 10, 14 e 17.

Para o presente estudo, recorreu-se à forma da GDS-15 corroborada pelo trabalho de Andrade (2007), tendo em conta que a validação ocorreu na população portuguesa, demonstrando correlações muito boas com a GDS-30 (0.95) e com a versão original da GDS-15 (0.91) (*idem*).

A escala utilizada compreende 15 questões de resposta fechada que se reportam às vivências do sujeito na última semana. Atribui-se um ponto a cada resposta positiva, tendo em conta que as questões 1, 5, 6 e 12 são cotadas inversamente.

A tradução para a versão portuguesa foi realizada por Barreto *et al.* (2007 *in* Andrade 2007). Os pontos de corte referidos pelos autores seguem as indicações da escala original: normal (0 a 4 pontos); depressão ligeira (5 a 9 pontos) e depressão grave (10 a 15 pontos) (Gonçalves, 2006a).

Andrade (2007) aponta para que uma limitação da escala corresponde ao facto dos idosos generalizarem as questões ao seu percurso de vida, ao invés de se restringirem ao período de uma semana, tal como é indicado inicialmente pelas instruções do instrumento.

Optou-se pela escala de versão reduzida GDS-15 em detrimento da versão mais longa tendo em conta que se pretendia um instrumento breve e de fácil aplicação. A validação para a população portuguesa constitui-se como um factor que também influenciou a decisão da sua utilização.

## 1.7 – PROCEDIMENTOS

Em primeiro lugar, procedeu-se à selecção do local onde se concretizou a recolha dos dados. Foi uma selecção por conveniência, tendo em conta as necessidades do estudo e um conhecimento prévio das actividades da instituição ligadas à temática.

Posteriormente, e porque os aspectos éticos assumem um papel preponderante na investigação em ciências sociais e psicológicas, foi solicitado o consentimento ao conselho administrativo do respectivo hospital, tendo sido submetido ao parecer da Comissão de Ética do mesmo que deu resposta positiva (cf. ANEXO II).

Após esta primeira etapa, iniciou-se a administração dos instrumentos de avaliação. Primeiro, realizou-se um pré-teste com o intuito de assegurar a qualidade das respostas e acautelar uma maior precisão, sobretudo em relação à clareza na interpretação das questões e compreensão do significado das perguntas. Assim, o instrumento foi aplicado a 5 indivíduos com as características da amostra. Com este procedimento, conseguiu-se prever o tempo de resposta e alterar os elementos necessários a uma melhor e correcta compreensão.

A aplicação do instrumento foi realizada após o sistema de triagem do referido serviço. Inicialmente, procedia-se ao convite ao utente para a resposta ao questionário, sendo aplicada a minuta do consentimento informado (cf. ANEXO III). Só depois da validação da minuta se prosseguia com a aplicação do instrumento.

Desta forma, foram ponderados e cumpridos os direitos fundamentais inerentes a cada indivíduo (que participaram de livre vontade), nomeadamente, no que respeita ao direito pela intimidade, ao direito ao anonimato e à confidencialidade, ao direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, não menos importante, ao direito a um tratamento justo e leal. Ao nível da recolha de dados, tornou-se imprescindível a manutenção da confidencialidade e a promoção da padronização de aplicação dos questionários, razão pela qual as instruções necessárias para o preenchimento do questionário foram transversais a todos os indivíduos implicados na amostra.

O SPMSQ de Pfeiffer, sendo utilizado para determinar os critérios de exclusão, era aplicado inicialmente. Caso o utente não correspondesse aos critérios previamente determinados, dava-se por terminada a aplicação do questionário.

O instrumento foi aplicado entre 9 e 13 de Fevereiro de 2009, das 11 às 17 horas, com vista a uma maior padronização na recolha dos dados.

Dadas as características dos indivíduos em estudo (baixo nível de instrução e idade avançada), optou-se pelo preenchimento dos testes pelo testador, em que o avaliador registava directamente as respostas do sujeito após leitura em voz alta.

Pode-se afirmar que uma dificuldade inerente a este campo de recolha de dados foi a existência, por vezes, de alguma falta de privacidade para a administração dos instrumentos, colmatada pela procura de um espaço/gabinete vazio para a sua aplicação individualizada.

De uma forma geral, apesar de ser um tema de abordagem delicada, dado que entra no campo da esfera pessoal, houve uma atitude positiva por parte dos indivíduos inquiridos, referindo, por vezes, a necessidade de uma maior abordagem da temática em questão.

No final da entrevista, era referido a cada indivíduo, tendo ou não indicadores de maus-tratos, as diferentes respostas existentes na sociedade para fazer frente a esta problemática, incidindo na questão de como e onde saber mais sobre o assunto e proceder a uma denúncia.

## 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, pretende-se colocar em evidência os resultados obtidos com a aplicação do questionário na amostra previamente seleccionada. Utilizando como recurso o tratamento estatístico dos dados, procede-se a uma exposição dos resultados, consoante os objectivos anteriormente delineados.

Os resultados são apresentados em forma de quadros, sendo precedidos por uma breve análise elucidativa. No ponto seguinte, discussão dos resultados, relaciona-se a análise dos dados e a revisão teórica realizada para este estudo.

Tendo em conta a natureza descritivo-correlacional do estudo, é valorizada não só a estatística descritiva (utilizada para a caracterização da amostra), como também a estatística inferencial. Esta última prende-se com o objectivo de analisar as relações que poderão existir entre as diferentes variáveis, e que foram previamente delineadas nas hipóteses do estudo. Assim, com base na teoria da probabilidade, a estatística inferencial propõe-se decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar os resultados à população em geral. Este valor é dado pelo valor da probabilidade  $p$ , que se considerou inferior a 0.05 (nível de significância de 0.05), referente à probabilidade do resultado que foi encontrado naquela amostra ser o resultado verdadeiro, ou o resultado que se encontraria se se avaliasse toda a população de onde saiu a amostra (Ribeiro, 2007).

Para a realização da análise estatística, recorreu-se ao software SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 14.0 for Windows.

A nível descritivo, utilizam-se frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média), bem como a medidas de dispersão (desvio-padrão).

Quanto à estatística inferencial, recorre-se a testes não paramétricos, uma vez que não se verifica a normalidade das distribuições dos dados. Para se testar a referida normalidade, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov com Correção de Lilliefors para amostras superiores ou iguais a 50 elementos, bem como o teste de Shapiro-Wilk para amostras inferiores a 50 elementos (Pestana & Gageiro, 2000), tendo-se obtido para todas as variáveis um  $p < 0.05$ .

Com a pretensão de correlacionar duas variáveis qualitativas, realizou-se o teste do Qui-Quadrado. Por sua vez, para correlacionar duas variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e respectivo teste de significância (Ribeiro, 2007).

Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis quantitativas e qualitativas consideradas, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (se três ou mais grupos independentes) ou ao teste U de Mann-Whitney (se apenas dois grupos independentes) (Fortin, 1999).

Deste modo, encontra-se explanada neste ponto a caracterização da amostra, bem como a análise da relação de cada tipologia de maus-tratos com as variáveis sócio-demográficas consideradas e com a depressão.

## 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como foi referido, os dados foram recolhidos através de uma amostra de 75 utentes que se enquadraram nos critérios de selecção. Pretendendo proceder à apresentação da amostra, evidenciam-se as características consideradas pertinentes e que se encontram relacionadas com os dados sócio-demográficos da amostra, tal como com as variáveis em estudo.

A análise inicial da existência de indicadores de maus-tratos, auto-revelados pela pessoa idosa, na amostra total possibilita uma divisão da amostra entre indivíduos com indicadores de maus-tratos e indivíduos sem indicadores de maus-tratos. Apesar dos objectivos do trabalho se prenderem mais com o estudo dos indivíduos da amostra que exibem os indicadores considerados, esta divisão torna-se útil para poder distinguir as características que ambos manifestam e que podem ser determinantes para elucidar a problemática em questão.

Seguidamente é apresentada a caracterização da amostra (tendo em consideração a amostra total e a sua divisão em amostra que apresenta indicadores de maus-tratos e amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos), atendendo à existência e à quantidade de indicadores de maus-tratos, segundo indicadores sócio-demográficos, quanto à tipologia dos indicadores de maus-tratos, quanto aos grupos classificatórios de depressão e quanto à forma de lidar com os maus-tratos.

Quando pertinente e se passível de serem utilizados os testes estatísticos apropriados, apresenta-se a referência às relações encontradas entre as variáveis estudadas, com vista ao enriquecimento da caracterização da amostra.

### 2.1.1 – De acordo com a existência e a quantidade de Indicadores de Maus-Tratos

No que diz respeito à **existência de indicadores de maus-tratos**, verifica-se que a maioria dos indivíduos (86.7%) apresenta pelo menos um indicador, sendo de apenas 13.3% a percentagem de indivíduos da amostra que não apresentou nenhum indicador (cf. Quadro 1).

Assim, tendo em conta a prossecução do estudo, podemos dividir a amostra total do estudo (N=75) em amostra referente aos indivíduos que apresentam indicadores de maus-tratos (N=65) e amostra referente aos indivíduos que não apresentam indicadores de maus-tratos (N=10).

Quadro 1 – Distribuição da amostra por existência de Indicadores de Maus-Tratos

<b>Existência de Indicadores de Maus-Tratos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Indivíduos com indicadores	65	86.7
Indivíduos sem indicadores	10	13.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Constata-se que relativamente à amostra total, o **número de indicadores de maus-tratos** oscilou entre 0 e 10, tendo em conta que ninguém apresentou 9 indicadores. Entre os 6 e os 10 indicadores, as percentagens são menores, quando comparadas com as percentagens dos restantes indicadores. Verifica-se que a maior percentagem corresponde à existência de um indicador de maus-tratos (21.3%). Por outro lado, verifica-se alguma homogeneidade na distribuição dos indicadores entre 2 e 5 (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição da amostra por quantidade de Indicadores de Maus-Tratos

Quantidade de Indicadores de Maus-tratos	N	%
0	10	13.3
1	16	21.3
2	11	14.7
3	8	10.7
4	10	13.3
5	10	13.3
6	5	6.7
7	1	1.3
8	3	4.0
10	1	1.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

### 2.1.2 – Segundo Indicadores Sócio-Demográficos

No que diz respeito ao **género**, verifica-se que a amostra total compreende 33 elementos do género masculino (44%) e 42 elementos do género feminino (56%).

Relativamente à amostra que apresenta indicadores de maus-tratos, observa-se que é constituída por 25 indivíduos do género masculino (38.5%) e 40 indivíduos do género feminino (61.5%).

Enquanto nas duas amostras previamente referidas se constata que existe uma predominância de indivíduos do género feminino, na amostra que não apresentou indicadores de maus-tratos existe uma maioria de elementos do género masculino (80%), enquanto os elementos do género feminino correspondem apenas a 20%.

Para além desta análise, recorrendo-se ao teste do Qui-Quadrado, constata-se que existe evidência de relação entre o género e a presença de indicadores de maus-tratos, a um nível estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ), sendo que existe uma maior percentagem de indivíduos do género feminino que apresenta indicadores de maus-tratos e uma maior percentagem de indivíduos do género masculino na amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos (cf. Quadro 3).



Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o Género

Género	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	25	38.5	8	80.0	33	44.0
Feminino	40	61.5	2	20.0	42	56.0
<b>p</b>	<b>0.018*</b>					

\*p<0.05

No que concerne à **idade**, verifica-se que para a amostra total os indivíduos apresentavam valores entre os 66 e os 97 anos ( $\bar{x}$ =78.07; DP=6.97). Na amostra com indicadores de maus-tratos, os sujeitos apresentam idades compreendidas entre 66 e os 97 anos (M=78.11; DP=7.00). Relativamente à amostra sem indicadores de maus-tratos, a média de idades é semelhante, contudo ligeiramente mais baixa, à das amostras anteriores, tendo em conta que as idades oscilam entre os 68 e os 89 anos ( $\bar{x}$  =77.80; DP=7.13).

Para além desta análise, utilizando-se o teste de U de Mann-Whitney, observa-se que não existe relação entre a idade e a presença de indicadores de maus-tratos, a um nível estatisticamente significativo (p> 0.05) (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a Idade

Idade	$\bar{x}$	DP	Min.	Max	p
Com Indicadores	78.11	7.00	66	97	<b>0.907</b>
Sem Indicadores	77.80	7.13	68	89	
Amostra total	78.07	6.97	66	97	

Relativamente ao **estado civil**, os dados demonstram que na amostra total a maioria dos indivíduos enquadra-se nas categorias casado/união de facto (48%) e viúvo (45.3%); de entre os restantes, 4 são solteiros (5.3%) e 1 enquadra-se na categoria separado/divorciado (1.3%). De um modo geral, o mesmo se verifica na amostra que apresenta indicadores de maus-tratos, com uma ligeira preponderância do estado civil viúvo (47.7%) relativamente ao estado civil casado/união de facto (44.6%); de entre as restantes categorias consideradas 4 são solteiros (6.2%), enquanto 1 se enquadra como divorciado/separado (1.5%). Quanto à amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos, esta apenas contempla duas categorias de respostas com uma maioria de sujeitos identificados como casado/união de facto (70%), relativamente à categoria viúvo (30%) (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com o Estado Civil

Estado Civil	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Solteiro</b>	4	6.2			4	5.3
<b>Casado/União de facto</b>	29	44.6	7	70.0	36	48.0
<b>Viúvo</b>	31	47.7	3	30.0	34	45.3
<b>Divorciado/separado</b>	1	1.5			1	1.3

Quanto ao **agregado familiar** dos elementos da amostra total, verifica-se que a maioria dos sujeitos vive com o cônjuge (38.7%); a quantidade de indivíduos que vive sozinha (20%) é similar à quantidade de sujeitos que vive com os filhos (22.7%); é menor o número de indivíduos que vive num lar (9.3%), com o cônjuge e filhos (8%) e com amigos (1.3%).

Analisando os dados da amostra de indivíduos que apresentam indicadores de maus-tratos, observam-se valores muito similares aos anteriores, tendo em conta que a maioria dos sujeitos vive com o cônjuge (35.4%); a percentagem de indivíduos que vivem sozinhos e com os filhos é igual (23.1%). As categorias com menos elementos na amostra dizem respeito aos indivíduos que vivem no lar (9.2%), com o cônjuge e filhos (7.7%) e com amigos (1.5%).

No que respeita à amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos, verifica-se que não integram as categorias que se remetem a viver sozinho e viver com amigos. Nesta amostra, tal como nas anteriores, a maior percentagem de sujeitos vive com o cônjuge (60%), seguidos dos elementos que vivem com os filhos (20%), sendo que apenas 10% vive no lar, que corresponde ao mesmo número de sujeitos que coabita com o cônjuge e filhos simultaneamente (10%) (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo o Agregado Familiar

Agregado Familiar	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sozinho</b>	15	23.1			15	20.0
<b>Cônjuge</b>	23	35.4	6	60.0	29	38.7
<b>Filhos</b>	15	23.1	2	20.0	17	22.7
<b>Lar</b>	6	9.2	1	10.0	7	9.3
<b>Cônjuge e filhos</b>	5	7.7	1	10.0	6	8.0
<b>Amigos</b>	1	1.5			1	1.3

Analisando os resultados referentes à existência de **apoio domiciliário**, observa-se que em todas as amostras consideradas a maioria dos sujeitos não recebe este tipo de serviços, tendo em conta que a resposta negativa corresponde a 73.3% na amostra total, 72.3% na amostra que apresenta indicadores de maus-tratos e 80% na amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos.

Para além disso, utilizando o teste do Qui-Quadrado, constata-se que existe evidência para afirmar que não há relação entre o apoio domiciliário e a presença de indicadores de maus-tratos, a um nível estatisticamente significativo ( $p > 0.05$ ) (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição da amostra de acordo com a existência de Apoio Domiciliário

Apoio Domiciliário	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total		
	N	%	N	%	N	%	
Sim	18	27.7	2	20.0	20	26.7	
Não	47	72.3	8	80.0	55	73.3	
p	<b>1.000</b>						

No que diz respeito à frequência de **centros de apoio na comunidade**, verifica-se que em todas as amostras consideradas a maioria dos sujeitos não frequenta qualquer tipo de centro. Assim, constata-se que a não frequência deste tipo de centros corresponde a uma percentagem de 84% para a amostra total, 86.2% para amostra que apresenta indicadores de maus-tratos e 70% para a amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos. Quando comparados os valores das diferentes amostras, observa-se uma maior percentagem na amostra que apresenta indicadores de maus-tratos, contudo, utilizando o teste do Qui-Quadrado, existe evidência para afirmar que não há relação entre a frequência de centros de apoio na comunidade e a presença de indicadores de maus-tratos, a um nível estatisticamente significativo ( $p > 0.05$ ) (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de Centros de Apoio na Comunidade

Apoio Comunitário	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total		
	N	%	N	%	N	%	
Sim	9	13.8	3	30.0	12	16.0	
Não	56	86.2	7	70.0	63	84.0	
p	<b>0.195</b>						

Relativamente aos **meios de subsistência** da amostra global, verifica-se que a maioria dos sujeitos da amostra total refere a pensão/reforma (76%). Referem-se ainda outros meios, contudo em percentagens reduzidas, como a pensão e trabalho (9.3%), pensão e rendas (6.7%), pensão e outrem (6.7%) e depender exclusivamente de outrem (1.3%).

Os indivíduos que fazem parte da amostra que apresenta indicadores de maus-tratos apresentam, à semelhança da amostra total, uma maior percentagem de resposta pensão/reforma (80%), englobando todas as outras categorias em percentagens também reduzidas.

Também os sujeitos que fazem parte da amostra que não apresenta indicadores de abuso apresentam uma maior percentagem de respostas relativamente à pensão/reforma (50%); contudo, divergindo das outras duas amostras, não apresentam a categoria de dependência de outrem. Nesta amostra, surgem ainda as respostas pensão e outrem (10%), pensão e rendas (20%) e pensão e trabalho (10%), porém em percentagens menores, tal como nas outras amostras consideradas (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição da amostra de acordo com os Meios de Subsistência

Meios de subsistência	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Pensão/reforma</b>	52	80.0	5	50.0	57	76.0
<b>Outrem</b>	1	1.5			1	1.3
<b>Pensão e rendas</b>	3	4.6	2	20.0	5	6.7
<b>Pensão e outrem</b>	3	4.6	2	10.0	5	6.7
<b>Pensão e trabalho</b>	6	9.2	1	10.0	7	9.3

Tendo em conta a **percepção da suficiência dos meios de subsistência** por parte dos indivíduos da amostra total, constata-se que a maioria dos sujeitos refere que os seus meios de subsistência lhe são insuficientes (68%). Também os indivíduos que compõem a amostra que apresenta indicadores de maus-tratos apontam em maior percentagem uma insuficiência dos seus meios de subsistência (73.8%).

Contudo, relativamente à amostra que não apresenta indicadores de maus-tratos, observa-se que a maioria dos sujeitos (70%) refere que os meios de subsistência de que dispõe lhe são suficientes.

Para além do exposto, utilizando o teste do Qui-Quadrado, verifica-se que existe evidência de relação entre a presença de indicadores de maus-tratos e a percepção da suficiência dos meios de subsistência, a um nível estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ), tendo

em conta que a maior parte dos indivíduos que apresenta indicadores de maus-tratos refere que os meios de subsistência não são suficientes, enquanto a maior parte dos indivíduos que não apresenta indicadores de abuso refere que os meios de subsistência são suficientes (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo a Percepção da Suficiência dos Meios de Subsistência

Percepção da Suficiência	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	17	26.2	7	70.0	24	32.0
Não	48	73.8	3	30.0	51	68.0
<b>p</b>	<b>0.01*</b>					

\*p<0.05

Quanto à **escolaridade**, observa-se que a maioria dos elementos da amostra total frequentou o 1º ciclo (46.7%). No entanto, nesta amostra, também existe uma percentagem elevada de indivíduos analfabetos (44%). Pode também referir-se que a percentagem de indivíduos que frequentou o 2º ciclo é reduzida (9.3%).

Na amostra relativa aos sujeitos que apresentam indicadores de maus-tratos, verifica-se que à semelhança da amostra total, apenas uma pequena parte frequentou o 2º ciclo (7.7%). Porém, contrastando com a anterior amostra, a maior parte dos indivíduos é analfabeta (49.2%), sendo que continua a ser um valor bastante próximo dos indivíduos que frequentaram o 1º ciclo (43.1%).

Os indivíduos da amostra sem indicadores de maus-tratos frequentaram, na sua maioria, o 1º ciclo (70%). Ao contrário das outras duas amostras, a percentagem de sujeitos que é analfabeta é diminuta (10%), surgindo a frequência do 2º ciclo como tendo uma percentagem superior a esta (20%), ao contrário do ocorrido nas outras duas amostras (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Distribuição da amostra de acordo com a Escolaridade

Escolaridade	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Analfabeto</b>	32	49.2	1	10.0	33	44.0
<b>1º ciclo</b>	28	43.1	7	70.0	35	46.7
<b>2º ciclo</b>	5	7.7	2	20.0	7	9.3

### 2.1.3 – Quanto à tipologia dos Indicadores de Maus-Tratos

Para a análise da **tipologia dos indicadores de maus-tratos**, convém lembrar que foi considerada a amostra que apresentou indicadores de maus-tratos (N=65). Para além disso, importa referir que a existência dos indicadores não é mutuamente exclusiva, logo, os sujeitos podem apresentar simultaneamente qualquer um dos 4 tipos de indicadores.

Verifica-se que corresponde à negligência o maior número de respostas positivas (81.5%), seguidamente surge o abuso emocional, com 75.4% dos indivíduos da amostra a referirem este indicador. O abuso financeiro é referido por 35.4% dos sujeitos, enquanto ao abuso físico se remete apenas uma percentagem de 7.7%, sendo este o indicador menos referido pelos elementos da amostra (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a Tipologia dos Indicadores de Maus-Tratos

<b>Indicadores de Maus-Tratos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Abuso Financeiro</b>	23	35.4
<b>Negligência</b>	53	81.5
<b>Abuso Emocional</b>	49	75.4
<b>Abuso Físico</b>	5	7.7

### 2.1.4 – Quanto aos grupos classificatórios de Depressão

No que concerne aos **grupos classificatórios de depressão**, constata-se que na amostra total a maioria dos sujeitos apresenta depressão ligeira (41.3%), seguido de depressão grave (34.7%). A percentagem relativa aos indivíduos da amostra que não apresenta depressão é a menor (24%).

Para os indivíduos da amostra que apresentam indicadores de maus-tratos, a percentagem de existência de depressão ligeira é igual à percentagem da depressão grave (40%), sendo que os sujeitos que não apresentam depressão estão em menor quantidade (20%), à semelhança da amostra total.

Por outro lado, verifica-se que os elementos da amostra que não apresentam indicadores de maus-tratos, não apresentam valores coincidentes com depressão grave. A amostra distribui-se de forma homogénea pelas categorias normal (50%) e depressão ligeira (50%) (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Distribuição da amostra de acordo com os grupos classificatórios de Depressão

Grupos Classificatórios de Depressão	Com Indicadores		Sem Indicadores		Amostra total	
	N	%	N	%	N	%
Normal	13	20.0	5	50.0	18	24.0
Depressão Ligeira	26	40.0	5	50.0	31	41.3
Depressão Grave	26	40.0			26	34.7

### 2.1.5 – Quanto à forma de lidar com os Maus-Tratos

No que diz respeito à **forma de lidar com os maus-tratos**, considera-se como amostra os indivíduos que apresentaram indicadores de maus-tratos (N=65). Para além disso, destaca-se o facto de estas acções não serem mutuamente exclusivas.

Verifica-se que 60 indivíduos que apresentaram indicadores de maus-tratos optaram por não fazer nada, ou seja, tomaram uma atitude de passividade face a essa situação.

Os sujeitos que responderam com agressividade correspondem a 6.2% da amostra, sendo que apenas 3.1% procurou auxílio (cf. Quadro 14).

Sendo bastante reduzido o número de pessoas que procurou auxílio (N=2), constata-se que em ambos os casos esse auxílio corresponde ao contacto com a assistente social.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a forma de lidar com os Maus-Tratos

Formas de lidar com os maus-tratos	N	%
Passividade	60	92.3
Agressividade	4	6.2
Procura de auxílio	2	3.1

## 2.2 – RELAÇÃO DE CADA TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS CONSIDERADAS

Relativamente às relações entre cada tipologia de maus-tratos e as variáveis sócio-demográficas trabalhadas no estudo, segue-se a apresentação dos resultados encontrados após a aplicação dos testes estatísticos adequados.

Os resultados são apresentados tendo em conta as hipóteses previamente elaboradas, favorecendo a sua posterior discussão.

Para além do estudo de cada tipologia de indicadores de maus-tratos, considerou-se pertinente incluir a análise da amostra dos indivíduos que apresentaram indicadores de maus-tratos (N=65), identificando-se essa amostra como “Abuso Total”. A análise desta amostra pretende possibilitar uma maior compreensão do fenómeno em estudo, na medida em que poderá fornecer uma visão mais abrangente dos dados.

Convém referir que dado o pequeno número de elementos que compõe a amostra relativa aos indicadores de abuso físico (N=5), não foi possível proceder a uma análise estatística. Assim, tentando possibilitar um maior conhecimento dos resultados encontrados, optou-se por uma descrição dos dados relativos a esta tipologia de maus-tratos e que se encontra no fim da exploração das hipóteses.

**Hipótese 1** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante o género

No que se refere à relação entre o número de indicadores e o género, denota-se que existe uma diferença significativa no número de indicadores da amostra “abuso total” (U=338.000; p=0.027), tal como na amostra com indicadores de negligência (U=211.500; p=0.037), consoante o género (cf. Quadro 15).

No que diz respeito, à negligência, verifica-se que as mulheres apresentam em média mais indicadores ( $\bar{x}$  =2.11) do que os homens ( $\bar{x}$  =1.50).

Considerando a amostra referente ao “abuso total”, à semelhança do que aconteceu na amostra que apresentou indicadores de negligência, as mulheres apresentam em média mais indicadores ( $\bar{x}$  =3.90) do que os homens ( $\bar{x}$  =2.68).

Para as amostras referentes ao abuso emocional e ao abuso financeiro encontraram-se diferenças consoante o género, coincidentes com as diferenças encontradas nas restantes amostras, contudo, não foram estatisticamente significativas.

Assim, apenas se pode aceitar a hipótese 1 para a amostra referente aos indicadores de negligência, bem como para o “abuso total”.



Quadro 15 – Comparação entre número de Indicadores de Maus-Tratos consoante o Género  
(Teste de U de Mann-Whitney)

Género		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Masculino	$\bar{x}$	1.50	1.53	1.20	2.68
	DP	0.70	0.87	0.42	1.87
Feminino	$\bar{x}$	2.11	1.91	1.23	3.90
	DP	1.08	0.89	0.44	2.22
<b>U</b>		211.500	202.000	63.000	338.000
<b>p</b>		0.037*	0.111	0.862	0.027*

\*p<0.05

**Hipótese 2** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a idade

No que concerne à relação entre o número de indicadores e a idade, verifica-se que existe uma relação negativa, quer no “abuso total”, quer nas amostras de cada tipologia de maus-tratos. Ou seja, quando aumenta a idade, observa-se uma diminuição do número de indicadores (cf. Quadro 16).

Contudo, não se verifica uma relação estatisticamente significativa em nenhuma das amostras consideradas, logo não se pode aceitar a hipótese 2.

Quadro 16 – Coeficientes da correlação de Spearman entre o número de Indicadores de Maus-Tratos e a Idade

Idade	<i>rs</i>	<b>p</b>
<b>Negligência</b>	-0.166	0.234
<b>Abuso Emocional</b>	-0.115	0.432
<b>Abuso Financeiro</b>	-0.303	0.160
<b>Abuso Total</b>	-0.091	0.470

**Hipótese 3** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante o estado civil

Relativamente à relação entre os indicadores de maus-tratos e o estado civil, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no número de indicadores, consoante o estado civil considerado (cf. Quadro 17).

De facto, apesar de se verificarem diferenças nas amostras consideradas, sendo que para as amostras correspondentes à negligência, abuso financeiro e “abuso total”, quem apresenta mais indicadores são os indivíduos solteiros, e para a amostra correspondente ao abuso emocional, quem apresenta mais indicadores são os indivíduos divorciados/separados, estas diferenças não são estatisticamente significativas, uma vez que para todas elas  $p > 0.05$ .

Assim, não se pode aceitar a hipótese previamente formulada.

Quadro 17 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante o Estado Civil (Teste de Kruskal-Wallis)

Estado Civil		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Solteiro	$\bar{x}$	2.25	2.33	1.50	5.00
	DP	1.50	1.16	0.71	3.46
Casado/União de Facto	$\bar{x}$	1.61	1.50	1.22	2.66
	DP	0.78	0.71	0.44	1.80
Viúvo	$\bar{x}$	2.12	1.85	1.18	3.94
	DP	1.11	0.95	0.41	2.13
Divorciado/ Separado	$\bar{x}$		3.00	1.00	4.00
	DP		0.00	0.00	0.00
<b>H</b>		2.730	4.596	1.243	6.808
<b>p</b>		0.255	0.204	0.743	0.078

**Hipótese 4** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante o agregado familiar

No que diz respeito à relação entre o número de indicadores de maus-tratos e o agregado familiar, constata-se que existe uma diferença significativa no número de indicadores da amostra referente à negligência ( $H=15.641$ ;  $p=0.004$ ). Assim, verifica-se que as pessoas que vivem sozinhas têm em média mais indicadores de negligência ( $\bar{x}=2.92$ ), sendo seguidas pelos sujeitos que vivem apenas com os filhos ( $\bar{x}=1.77$ ), sujeitos que vivem com o cônjuge e filhos ( $\bar{x}=1.75$ ), e que vivem no lar ( $\bar{x}=1.20$ ) (cf. Quadro 18).

Relativamente às outras amostras consideradas, não se constata diferenças estatisticamente significativas. Apesar deste facto, observa-se que na amostra referente ao “abuso total”, à semelhança da amostra anterior, os indivíduos que vivem sozinhos apresentam mais indicadores de maus-tratos. Relativamente à amostra referente ao abuso emocional, denota-se que os sujeitos que vivem com amigos apresentam mais indicadores,

enquanto na amostra referente ao abuso financeiro, são os indivíduos que vivem com o cônjuge a apresentar mais indicadores.

Assim, apenas se pode aceitar a hipótese 4 no que diz respeito aos indicadores de negligência.

Quadro 18 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante o Agregado Familiar (Teste de Kruskal-Wallis)

Agregado Familiar		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Sozinho	$\bar{x}$	2.92	1.92	1.00	4.40
	DP	0.90	1.04	0.00	2.10
Cônjuge	$\bar{x}$	1.58	1.62	1.40	2.52
	DP	0.77	0.77	0.55	1.73
Filho	$\bar{x}$	1.77	1.83	1.33	3.87
	DP	1.09	0.84	0.50	2.48
Lar	$\bar{x}$	1.20	1.83	1.00	3.17
	DP	0.45	1.17	0.00	2.48
Cônjuge e Filhos	$\bar{x}$	1.75	1.25	1.00	3.60
	DP	0.96	0.50	0.00	2.07
Amigos	$\bar{x}$		3.00	1.00	4.00
	DP		0.00	0.00	0.00
<b>H</b>		15.641	3.887	1.935	8.480
<b>p</b>		0.004*	0.566	0.586	0.132

\*p<0.05

**Hipótese 5** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a existência de apoio domiciliário

No que concerne à relação entre o número de indicadores de maus-tratos e a existência de apoio domiciliário, constata-se que apesar de existirem diferenças entre no número de indicadores para cada tipologia considerada, bem como para a amostra referente ao “abuso total”, consoante a existência do referido apoio, as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Quadro 19). Relativamente às diferenças, encontrou-se que para as amostras relativas à negligência e ao abuso financeiro, os indivíduos que não têm apoio domiciliário apresentam mais indicadores, enquanto na amostra referente ao “abuso total” e na amostra relativa ao abuso emocional, os indivíduos que têm apoio domiciliário apresentam mais indicadores de maus-tratos.

Assim, não se pode aceitar a hipótese 5.

Quadro 19 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a existência de Apoio Domiciliário (Teste de U de Mann-Whitney)

Apoio Domiciliário		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Sim	$\bar{x}$	1.80	1.87	1.17	3.50
	DP	0.86	0.99	0.41	1.79
Não	$\bar{x}$	1.95	1.74	1.24	3.40
	DP	1.09	0.86	0.44	2.30
<b>U</b>		273.000	239.000	47.500	386.000
<b>p</b>		0.800	0.707	0.732	0.582

**Hipótese 6** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a frequência de centros de apoio na comunidade

Relativamente à relação entre o número de indicadores e a frequência de centros de apoio na comunidade, constata-se que a diferença no número de indicadores consoante a frequência destes centros não é estatisticamente significativa (cf. Quadro 20).

Relativamente às diferenças, encontrou-se que para a amostra referente ao “abuso total” e amostras referentes à negligência e abuso emocional, os sujeitos que não frequentam centro de apoio apresentam mais indicadores de maus-tratos. Na amostra referente ao abuso financeiro, são os indivíduos que frequentam os centros de apoio que referem mais indicadores de maus-tratos.

Logo, não se pode aceitar a hipótese 6.

Quadro 20 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a frequência de Centros de Apoio na comunidade (Teste de U de Mann-Whitney)

Apoio Comunitário		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Sim	$\bar{x}$	1.71	1.60	1.50	3.22
	DP	1.11	0.89	0.57	2.77
Não	$\bar{x}$	1.93	1.80	1.16	3.46
	DP	1.02	0.90	0.38	2.07
<b>U</b>		139.000	97.000	25.000	217.000
<b>p</b>		0.580	0.642	0.140	0.500

**Hipótese 7** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante os meios de subsistência

No que diz respeito à relação entre o número de indicadores e os meios de subsistência, constata-se que a diferença no número de indicadores consoante os meios de subsistência não é estatisticamente significativa (cf. Quadro 21).

Mesmo assim, observa-se que relativamente à amostra referente ao “abuso total” os indivíduos que apresentam mais indicadores são os que dependem de outrem, tal como na amostra referente ao abuso emocional. Nas amostras referentes à negligência e ao abuso financeiro, são os sujeitos que têm pensão e que trabalham que apresentam mais indicadores.

Assim, não se pode aceitar a hipótese 7.

Quadro 21 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante os Meios de Subsistência (Teste de Kruskal-Wallis)

Meios de Subsistência		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Pensão/reforma	$\bar{x}$	1.88	1.77	1.22	3.42
	DP	1.03	0.90	0.43	2.17
Depende de outrem	$\bar{x}$	1.00	3.00		4.00
	DP	0.00	0.00		0.00
Pensão e rendas	$\bar{x}$	1.67	2.00		2.33
	DP	1.16	0.00		2.31
Pensão e depende de outrem	$\bar{x}$	1.67	1.67	1.00	3.67
	DP	0.58	1.16	0.00	1.53
Pensão e trabalho	$\bar{x}$	3.00	1.60	1.25	3.83
	DP	1.00	0.894	0.50	2.71
<b>H</b>		4.521	2.393	0.292	1.428
<b>p</b>		0.340	0.664	0.864	0.839

**Hipótese 8** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a percepção da suficiência dos meios de subsistência

No que se refere à relação entre o número de indicadores e a percepção da suficiência dos meios de subsistência, constata-se que a diferença no número de indicadores consoante esta percepção não é estatisticamente significativa (cf. Quadro 22).

Relativamente aos resultados encontrados, apesar de não serem estatisticamente significativos, denota-se que nas amostras referentes ao abuso emocional, abuso financeiro e “abuso total”, os sujeitos que apresentam mais indicadores são os que referem que os seus meios de subsistência não lhe são suficientes. Verifica-se também que os sujeitos que apresentaram mais indicadores de negligência são os que referem que os seus meios de subsistência lhe são suficientes.

Logo, não se pode aceitar a hipótese 8.

Quadro 22 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a percepção da Suficiência dos Meios de Subsistência (Teste de U de Mann-Whitney)

Percepção da Suficiência		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
Sim	$\bar{x}$	1.92	1.60	1.00	2.71
	DP	1.08	1.08	0.00	2.20
Não	$\bar{x}$	1.90	1.82	1.28	3.69
	DP	1.02	0.85	0.46	2.11
<b>U</b>		245.500	155.500	32.500	284.000
<b>p</b>		0.991	0.289	0.193	0.060

**Hipótese 9** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a escolaridade

No que concerne à relação entre o número de indicadores e a escolaridade, constata-se que a diferença no número de indicadores consoante a escolaridade não é estatisticamente significativa (cf. Quadro 23).

Apesar deste facto, será pertinente referir que, relativamente às diferenças encontradas, verifica-se que nas amostras de abuso emocional e “abuso total”, os indivíduos que apresentam um maior número de indicadores são os analfabetos. Denota-se também que

os sujeitos que frequentaram o 1º ciclo são os que apresentam mais indicadores de negligência e de abuso financeiro.

Assim, não se pode aceitar a hipótese 9.

Quadro 23 – Comparação entre o número de Indicadores de Maus-Tratos consoante a Escolaridade (Teste de Kruskal-Wallis)

Escolaridade		Negligência	Abuso Emocional	Abuso Financeiro	Abuso Total
<b>Analfabeto</b>	$\bar{x}$	1.86	1.81	1.18	3.69
	DP	0.97	0.94	0.41	2.31
<b>1º ciclo</b>	$\bar{x}$	2.00	1.75	1.30	3.32
	DP	1.11	0.85	0.48	2.07
<b>2º ciclo</b>	$\bar{x}$	1.67	1.67	1.00	2.40
	DP	1.16	1.16	0.00	1.52
<b>H</b>		0.350	0.108	0.993	1.605
<b>p</b>		0.840	0.947	0.609	0.448

Relativamente à amostra que compreende os indivíduos que apresentaram **indicadores de abuso físico** (N=5), apresenta-se no Quadro 24 o sumário das características apresentadas por estes elementos, no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas consideradas.

Observa-se que existe uma variação do número de indicadores entre 3 e 1, tendo em conta que 1 sujeito apresentou 3 indicadores e 4 sujeitos apresentaram 1 indicador cada um.

Tendo em conta o reduzido número de elementos que integram esta amostra, não se pretende realizar uma análise estatística, em que se analisam relações encontradas, mas sim observar as características dos indivíduos, nomeadamente do elemento que apresentou um maior número de indicadores.

O sujeito que apresentou um maior número de indicadores de abuso físico é do género feminino, tem 86 anos, é viúva, analfabeta, vive sozinha, não tem apoio domiciliário, mas frequenta centros de apoio na comunidade, o seu meio de subsistência é pensão/reforma e refere que esta não lhe é suficiente.

Quadro 24 – Características dos indivíduos da amostra referente ao Abuso Físico

<b>Número de Indicadores</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Género</b>	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
<b>Idade</b>	86	68	69	76	97
<b>Estado Civil</b>	Viúvo	Solteiro	Casado/união de facto	Casado/união de facto	Viúvo
<b>Agregado Familiar</b>	Vive sozinho	Filhos	Cônjuge e filhos	Cônjuge e filhos	Lar
<b>Apoio Domiciliário</b>	Não	Não	Sim	Não	Não
<b>Apoio Comunitário</b>	Sim	Não	Não	Não	Não
<b>Meios de Subsistência</b>	Pensão/reforma	Pensão/reforma	Pensão/reforma	Pensão e trabalho	Pensão/reforma
<b>Percepção da Suficiência</b>	Não	Não	Não	Sim	Sim
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	Analfabeto	Analfabeto	1º ciclo	Analfabeto

### 2.3 – RELAÇÃO DE CADA TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS COM A DEPRESSÃO

À semelhança do ponto anterior, pretende-se expor os resultados encontrados após a aplicação do teste estatístico adequado, no que diz respeito à relação entre cada tipologia de maus-tratos e a depressão, fazendo uso da hipótese previamente elaborada.

Assim, com vista ao enriquecimento dos resultados encontrados, continua-se a considerar a análise da amostra relativa aos indivíduos que apresentaram indicadores de maus-tratos (N=65), designando-a por “abuso total”.

Por outro lado, opta-se também por apresentar, em sumário, os resultados referentes à amostra dos indivíduos que apresentaram indicadores de abuso físico, tendo em conta que o seu reduzido número de elementos (N=5) não se coaduna com a aplicação dos testes estatísticos.



**Hipótese 10** – O número de indicadores de maus-tratos de cada tipologia é diferente consoante a depressão

Para testar esta hipótese, utilizou-se o valor total da Escala GDS-15 ao invés de uma análise dos grupos classificatórios de depressão, uma vez que o poder do teste aumenta quando utilizado o valor total encontrado, ao invés de o espartilhar pelos grupos classificatórios da depressão considerados pela escala em questão.

Relativamente à relação entre o número de indicadores e a depressão, observa-se que em todas as amostras consideradas existe uma relação positiva, ou seja, quando aumentam os valores de depressão, aumenta também o número de indicadores referidos.

Porém, esta relação é apenas significativa para as amostras referentes à negligência ( $r_s=0.330$ ;  $p=0.015$ ), abuso emocional ( $r_s=0.492$ ;  $p=0.000$ ) e “abuso total” ( $r_s=0.651$ ;  $p=0.000$ ). Na amostra referente ao abuso financeiro, não existe uma relação significativa.

Analisando o coeficiente de correlação de Spearman, constata-se que nas amostras relativas ao abuso emocional e “abuso total” encontra-se uma correlação moderada ( $r_s$  situa-se entre 0.4 e 0.69) e na amostra relativa à negligência encontra-se uma correlação baixa ( $r_s$  situa-se entre 0.2 e 0.39) (Pestana & Gageiro, 2000) (cf. Quadro 25).

Assim, aceita-se a hipótese 10 nas amostras referentes à negligência, abuso emocional e “abuso total”.

Quadro 25 – Coeficientes da correlação de Spearman entre o número de Indicadores de Maus-Tratos e a Depressão

Depressão	$r_s$	p
Negligência	0.330	0.015*
Abuso Emocional	0.492	0.000*
Abuso Financeiro	0.202	0.356
Abuso Total	0.651	0.000*

\* $p<0.05$

Relativamente à amostra que compreende os indivíduos que apresentaram **indicadores de abuso físico** (N=5), apresenta-se no Quadro 26 uma descrição do valor total da escala de depressão, tal como da correspondente classificação. Neste caso, opta-se por mencionar os grupos classificatórios de depressão, uma vez que o objectivo não é a análise das relações encontradas, mas sim a descrição dos valores apresentados.

Observa-se que o elemento que apresentou mais indicadores de abuso físico (total de 3 indicadores) apresenta um valor correspondente a depressão ligeira, enquanto os outros 4

elementos que apresentaram 1 indicador cada um apresentam valores coincidentes com a existência de depressão grave.

Quadro 26 – Valores de Depressão dos indivíduos da amostra referente ao Abuso Físico

<b>Número de Indicadores</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Valores de Depressão</b>	9	12	12	12	14
<b>Grupos Classificatórios</b>	Depressão ligeira	Depressão grave	Depressão grave	Depressão grave	Depressão grave

### 3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretende-se com a realização deste capítulo analisar os resultados obtidos à luz dos conhecimentos actuais da temática, com vista à exploração das suas implicações para a compreensão do fenómeno dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas.

Deste modo, a análise efectuada almeja atribuir um sentido mais amplo aos resultados e esclarecer o seu significado, em função dos objectivos propostos (Lakatos & Marconi, 1996).

Esta investigação surge integrada num conjunto de esforços realizados para compreender o fenómeno dos maus-tratos na pessoa idosa. Apesar dos resultados produzidos serem uma mais-valia para elucidar o panorama português, reportam-se a uma realidade particular, não podendo ser generalizados. Assim, a compreensão dos achados deve ter em conta a amostra abarcada e a metodologia utilizada.

O facto de realizar este trabalho num serviço de urgência, em meio hospitalar, permite abarcar uma franja da população portuguesa que frequenta os serviços de saúde com alguma queixa específica, correspondendo, na maioria das vezes, à agudização de problemas pré-existentes, ou ao aparecimento de algum sinal ou sintoma de novo e que se reveste de alguma gravidade, e que até pode estar relacionado com alguma situação de abuso. Como referem os autores consultados (Fulmer, Paveza, Abraham & Fairchild, 2000), este será um óptimo momento para questionar sobre situações de maus-tratos e negligência na pessoa idosa, pressupondo-se a utilização de instrumentos numa perspectiva de despiste. Assim, podem-se inquirir pessoas idosas que de outra forma não recorreriam a serviços de saúde, promovendo que situações de abuso não passem despercebidas.

Não é de todo descabido ponderar acerca da validade das respostas dadas pelos inquiridos, principalmente porque está descrito em estudos que as pessoas idosas muitas vezes não referem situações de abuso, por exemplo, por medo de represálias por parte dos agressores ou por vergonha do ocorrido, ou ainda porque não têm consciência daquilo em que consiste uma situação de abuso (Giurani & Hasan, 2000). Deste modo, tentou-se ultrapassar esta limitação através da utilização de um meio seguro, que é o da prestação de cuidados de saúde, numa perspectiva de confidencialidade e anonimato, em que as pessoas idosas pudessem responder às questões colocadas com o mínimo de receios possível. Para além disso, como argumentam Cohen, Levin, Gaglin e Friedman (2007), a referência do abuso por parte da pessoa idosa é coincidente com a existência de sinais evidentes de abuso (no estudo

realizado pelos autores verificou-se 70% de confirmações), o que leva a pensar que esta será uma metodologia acertada para apurar situações de maus-tratos na pessoa idosa.

Parece então oportuno que, seguidamente, se proceda à abordagem e discussão dos aspectos relativos a cada um dos objectivos propostos numa primeira fase, para depois poder dar lugar à apresentação e justificação das dificuldades e limitações metodológicas identificadas ao longo de todo o processo.

De salientar que devido às particularidades da amostra referente aos sujeitos que apresentaram indicadores de abuso físico, nomeadamente o seu reduzido tamanho, não será possível incluí-la em termos de discussão da inferência estatística.

### 3.1 – OBJECTIVO 1

Dando resposta ao primeiro objectivo, que visava caracterizar a amostra de acordo com a existência e a quantidade de indicadores de maus-tratos, verifica-se que um dos achados do trabalho que será importante discutir corresponde ao facto de se ter verificado que a maioria dos indivíduos apresenta pelo menos um indicador de abuso (86.7%), tendo em conta que o número de indicadores oscilou entre 0 e 10 e que a maior percentagem corresponde à existência de um indicador (21.3%).

É pertinente questionar se de alguma forma poderiam estes resultados estar aumentados em relação à realidade, na medida em que as queixas que trouxeram os idosos ao serviço de urgência poderiam confundir e deturpar a identificação dos indicadores de abuso. Porém, dada a especificidade dos instrumentos utilizados, crê-se que essa será uma ocorrência bastante remota.

Para além disso, estes resultados, ao indicarem uma grande percentagem de pessoas com indicadores de maus-tratos, vão ao encontro dos resultados de Ferreira-Alves e Sousa (2005) num estudo pioneiro realizado em Portugal, através de uma amostra de pessoas idosas frequentadoras de centros de dia em Braga, constatando-se que 73% dos sujeitos apresenta indicadores de abuso, sendo que o número de indícios oscilou entre 0 e 15, cabendo à presença de apenas um indicador a maior percentagem (28%).

Comparando com os resultados do estudo de Fernandes e Dionísio (2009), que realizaram o seu estudo ao nível da comunidade, nomeadamente em Centros de Saúde, verificam-se algumas diferenças, tendo em conta que estes autores encontraram uma variação entre 0 e 13 indicadores, sendo de notar que na amostra total predomina a existência de dois

indicadores de abuso (26%). No entanto, é de salientar que a percentagem de pessoas idosas que referiu indicadores de abuso é também elevada e preocupante.

Tendo em conta os estudos realizados a nível internacional, muitos exemplos seriam de referir para apontar a dimensão existente do abuso de pessoas idosas. Porém, dada a extensão da investigação e as limitações deste estudo, apenas se pretende enunciar algumas comparações pertinentes para a compreensão dos achados.

O número de pessoas que apresentam indicadores de abuso varia de estudo para estudo, como seria de esperar, sendo na generalidade diferentes dos resultados encontrados neste trabalho; contudo, denota-se também uma evidência de valores elevados de prevalência de maus-tratos e negligência a pessoas idosas. Por exemplo, Vida, Monks e Rosiers (2002), que conduziram um estudo num serviço de Psiquiatria Geriátrica de um Hospital incluindo uma amostra de 126 pessoas idosas, encontraram em 16% dos inquiridos suspeita, ou até mesmo confirmação, de abuso. Ou ainda, em Israel, Eisikovits, Winterstein e Lowenstein (2004 *in* Marmolejo, 2008), através de uma entrevista pessoal a 1045 pessoas reformadas não institucionalizadas, constataram que 18.4% dos sujeitos da amostra responderam que tinham sofrido algum tipo de abuso nos últimos 12 meses. Já O’Keeffe *et al.* (2007 *in* Marmolejo, 2008), seguindo uma metodologia semelhante, escolheram como amostra 2100 pessoas com mais de 65 anos residentes no Reino-Unido, verificando que 2.6% dos sujeitos da amostra sofriam de maus-tratos.

Tendo em conta a análise destes estudos, é indispensável referir, tal como alegam Giurani e Hasan (2000), que é difícil identificar a incidência e prevalência dos maus-tratos à pessoa idosa, na medida em que tanto a vítima como o perpetrador tendem a negar o problema, subvalorizando a seriedade das acções e consequências envolvidas.

É também importante ressaltar a dificuldade existente em realizar uma comparação de resultados fidedigna entre os estudos, uma vez que em muitos deles não existe uma convergência de definições e as metodologias utilizadas são diferentes (OMS, 2002a). Assim, de acordo com Ferreira, Vieira e Firmino (2006), é legítimo afirmar que as situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas, conhecidas e sinalizadas, correspondem a uma minoria, uma vez que apesar de algumas excepções, a maior parte dos estudos sobre esta problemática apoiam-se em amostras pequenas, em que o abuso pode estar confirmado, ou ser apenas uma suspeita. Para além disso, os estudos não são generalizados, correspondendo a um obstáculo para determinar a extensão real do fenómeno (*idem*).

Perante os resultados deste trabalho e tendo em conta que demonstram uma elevada percentagem de pessoas a referirem situações de abuso, é coerente ponderar a necessidade de apostar na avaliação e despiste do abuso, criando respostas adequadas às necessidades das

peças idosas vítimas de maus-tratos, principalmente em serviços de saúde, na medida em que se constituem como um meio ideal para abordar os indivíduos idosos e as suas famílias.

Para além destes achados, se se recordar a natureza pluridimensional do abuso, fará sentido apostar na utilização de vários instrumentos de avaliação, através de uma rotina de despiste e de uma concertação da equipa multidisciplinar. Assim, conseguir-se-á uma noção mais concreta e real do episódio de abuso, facilitando a escolha das medidas de intervenção a empreender.

### 3.2 – OBJECTIVO 2

Quanto ao segundo objectivo, que pretendia caracterizar a amostra segundo indicadores sócio-demográficos, verifica-se que os resultados permitem uma caracterização quanto: ao género; à idade; ao estado civil; ao agregado familiar; à existência de apoio domiciliário; à frequência de centros de apoio na comunidade; aos meios de subsistência; à percepção da suficiência dos meios de subsistência; e à escolaridade.

Pretende-se discutir os resultados da caracterização da amostra total, uma vez que as diferenças entre as amostras referentes aos sujeitos com e sem indicadores de abuso serão posteriormente discutidas no decorrer deste capítulo.

No que toca ao **género**, verificou-se uma predominância na amostra de elementos do género feminino (56%), face aos elementos do género masculino (44%). Trata-se de um resultado esperado na medida em que uma das características do envelhecimento demográfico passa pelo facto de ser diferente consoante o género, dada a taxa de mortalidade masculina ser mais elevada do que a feminina.

A este respeito, Gomes (2002) aponta que o índice de envelhecimento tem maior significado no caso das mulheres, o que se justifica pela sua maior esperança de vida. Deste modo, observa-se que enquanto, em 2001, existiam 109 homens idosos por cada 100 jovens do sexo masculino, no caso das mulheres, existiam 154 idosas por cada 100 jovens do sexo feminino (*idem*).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2002) refere que a superioridade numérica das mulheres, relacionada com a sua maior esperança de vida, aumenta, naturalmente, com o avançar na idade. Assim, as diferenças entre a relação de masculinidade da população total e a da população idosa correspondem a 93,4 e 72,4, respectivamente (*idem*).

Alega-se também que, em valores absolutos, a população idosa aumentou em quase um milhão de sujeitos, passando de 708570, em 1960, para 1702120, em 2001, dos quais 715073 são homens e 987047 são mulheres (INE, 2002).

No que se refere à **idade**, os dados relativos à amostra revelam que a média de idades é de 78.07 anos, oscilando entre os 66 e os 97 anos. Estes resultados vão ao encontro do que seria esperado, pois como alude Gomes (2002), em 2001, na região Centro, o peso da população com 65 ou mais anos ultrapassava em 4.6 pontos percentuais a população com menos de 15 anos, enquanto nas restantes regiões a diferença, embora positiva, resume-se a 0.4 pontos percentuais, o que demonstra a estrutura demográfica da Região Centro mais envelhecida que a do país.

O INE (2002), referindo-se ao envelhecimento demográfico do país, relembra que entre 1960 e 2001 este fenómeno traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Deste modo, no período de tempo referido, a taxa média de crescimento anual da população com 65 e mais anos situou-se nos 2.2%. Porém, dentro da própria população idosa, o ritmo de crescimento não é homogéneo. Ou seja, no mesmo período, a população com 85 e mais anos registou uma taxa de 3.5%, enquanto ao grupo dos 75 e mais anos correspondeu uma taxa média de crescimento anual de 2.7%, ao que se associa um ritmo de crescimento bastante mais elevado entre a população mais idosa. Assim, constata-se o fenómeno de envelhecimento da própria população idosa (*idem*).

Relativamente ao **estado civil**, os dados da amostra apontam para uma maioria de sujeitos casados ou em união de facto (48%), seguidos dos viúvos (45.3%) e de entre os restantes, 4 são solteiros (5.3%) e 1 enquadra-se na categoria separado/divorciado (1.3%). Os dados encontrados estão de acordo com os estudos demográficos efectuados. Tendo em conta, como refere o INE (2002), que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge, é natural que a maior parte dos sujeitos da amostra seja casado ou viva em união de facto. Relativamente à categoria “viúvos”, a sua também grande expressão remete para, talvez, o acontecimento mais marcante na velhice, sendo quase inevitável que um parceiro faleça antes do outro, como expõe Sousa (2006). Tendo em conta que a esperança de vida das mulheres é maior, como já foi referido anteriormente, são elas quem mais vezes sobrevive, ficando viúvas mais cedo, quando ainda existe uma expectativa de vida elevada (*idem*).

Quanto ao **agregado familiar**, constata-se que a maioria das pessoas idosas da amostra vive com o cônjuge (38.7%), sendo que a quantidade de indivíduos que vive sozinha (20%) é similar à quantidade de sujeitos que vive com os filhos (22.7%). As percentagens menores dizem respeito aos indivíduos que vivem num lar (9.3%), com o cônjuge e filhos (8%) e com amigos (1.3%). Estes dados relacionam-se com os anteriores e são expectáveis, pois de acordo com o INE (2002), a maior parte da população idosa vive com o cônjuge, embora esta percentagem seja bastante superior nos homens. Este último facto poderá ser explicado pela sobremortalidade masculina e o celibato definitivo feminino muitas vezes observado (*idem*).

Observando-se também uma elevada percentagem de pessoas idosas a viverem com os filhos e uma baixa percentagem de pessoas idosas a viverem com o cônjuge e filhos, pode-se relacionar esta evidência com o facto de que as pessoas idosas, vivendo na sua maioria com o cônjuge, recorrem à coabitação com os filhos aquando de uma situação de possível viuvez, ou quando não conseguem estabelecer-se sozinhos.

De facto, os resultados desta investigação vão ao encontro do exposto por Sousa (2006), no que se refere ao facto dos filhos adultos serem elementos-chave para a maior parte das pessoas idosas. Estas circunstâncias, demarcando a vida familiar, são, na perspectiva da autora, bastante benéficas para as pessoas idosas, tendo em conta a necessidade de apoio mútuo, o tempo disponível dos mais idosos, e o papel de apoio emocional e instrumental desempenhado pelos filhos (*idem*).

No que concerne à existência de **apoio domiciliário**, os dados da amostra indicam que a maioria dos sujeitos não recebe este tipo de apoio (73.3%). Os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2002) estabelecem semelhanças com os resultados encontrados, referindo-se que é ainda reduzido, em termos nacionais, o número de pessoas idosas que usufruem dos benefícios dos projectos integrados, como o apoio domiciliário, sendo necessária maior coordenação e reforço orçamental para que aumente a sua cobertura. Esta ambicionada maior adaptação e abrangência dos serviços de saúde compreendem como objectivos melhorar a autonomia e bem-estar da população idosa, devendo ser promovida através de uma mudança da sociedade na forma como encara as necessidades deste segmento da população, nomeadamente através do desenvolvimento de mais iniciativas locais/regionais de apoio/cuidados integrados (*idem*).

Talvez se possa atribuir a fraca adesão aos serviços de apoio domiciliário à possível inexistência deste tipo de apoios em comunidades específicas, ao desconhecimento das ajudas disponíveis por parte das pessoas idosas e suas famílias, ou ao possível grau de dependência reduzido dos sujeitos da amostra, que não sentem necessidade deste tipo de apoios.



No que se refere à frequência de **centros de apoio na comunidade**, denota-se que a maioria das pessoas idosas da amostra não frequenta qualquer tipo de centro (84%). Estes resultados poderão estar relacionados com os anteriores, no que respeita ao possível desconhecimento dos centros disponíveis, à inexistência em comunidades específicas, ou então ao possível grau elevado de dependência dos sujeitos da amostra que não permitem a sua utilização. Os dados vão também ao encontro da informação veiculada pelo INE (2002), na medida em que este instituto revela que a participação das pessoas idosas como membros em organizações culturais ou sociais, tais como clubes desportivos, recreativos, associações de bairro ou partidos políticos, regista valores pouco significativos, embora mais elevados nos homens: 18.7% contra 5.2% de mulheres.

Relativamente aos **meios de subsistência**, os dados da amostra apontam para uma maioria de indivíduos que referem a pensão/reforma (76%). Os outros meios apontados incluem a pensão e trabalho (9.3%), pensão e rendas (6.7%), pensão e outrem (6.7%) e depender exclusivamente de outrem (1.3%). Tendo em conta os dados apontados pelo INE (2002), estes são considerados resultados previsíveis. De facto, os autores admitem a importância das pensões como componente principal da receita líquida total nos agregados com idosos, que atinge os 65% em “casais de idosos” e os 59% em “idosos sós”. Porém, esta componente perde importância relativa nos outros tipos de agregados com recurso a outro tipo de rendimentos (*idem*).

Refere-se ainda que a importância das pensões aumenta nos agregados pobres, em detrimento, principalmente, dos rendimentos do trabalho e dos rendimentos privados, excluindo os do trabalho (*idem*).

No que toca à **percepção da suficiência dos meios de subsistência**, observa-se que a maioria das pessoas idosas da amostra refere que os seus meios de subsistência lhe são insuficientes (68%). Este resultado não é surpreendente, tendo em conta que de acordo com o INE (2002) a maioria de homens e mulheres com 65 e mais anos considera-se insatisfeito com a sua situação financeira. O total das três classes de insatisfação (totalmente, bastante e relativamente insatisfeito) soma 70% no caso dos homens e 77% no caso das mulheres (*idem*).

Quanto à **escolaridade**, constata-se que a maioria dos elementos da amostra apenas frequentou o 1º ciclo (46.7%), existindo também uma percentagem elevada de indivíduos analfabetos (44%), e uma percentagem reduzida de sujeitos que frequentou o 2º ciclo (9.3%). Estes resultados vão ao encontro do esperado, uma vez que de acordo com o INE (2002), a

população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução, registando as mulheres níveis mais baixos do que os homens.

### 3.3 – OBJECTIVO 3

O terceiro objectivo deste estudo pretendia caracterizar a amostra quanto à tipologia dos indicadores de maus-tratos. Neste âmbito, constata-se que outro dado importante fornecido pelo trabalho de investigação efectuado diz respeito à existência de uma maioria de indicadores de negligência (81.5%) e abuso emocional (75.4%). Relativamente ao abuso financeiro, verificou-se que 35.4% das pessoas idosas inquiridas referiu este tipo de indicadores, cabendo ao abuso físico a menor percentagem (7.7%). É de lembrar que neste estudo se considerou que a existência dos indicadores de abuso não é mutuamente exclusiva, ou seja, os indivíduos da amostra podem apresentar simultaneamente qualquer um dos quatro tipos de indicadores.

Estes dados vêm corroborar os resultados obtidos por Ferreira-Alves e Sousa (2005), que verificaram que a negligência e o abuso emocional são as tipologias mais prevalentes, com 53.7% e 52.4% respectivamente, sendo que o abuso financeiro está presente em 19.5% dos sujeitos que apresentam indicadores de abuso, e o abuso físico é referido por 12.2% dos participantes.

Por outro lado, os resultados deste estudo contrastam, em parte, com os dados obtidos por Fernandes e Dionísio (2009), uma vez que estes autores observaram que o abuso emocional apresenta uma maior prevalência em todas as amostras consideradas, pois todos os indivíduos que apresentaram indicadores de abuso assinalaram esta tipologia.

De referir que as amostras provenientes dos dois estudos anteriores situam-se ao nível da comunidade (Centro de Dia e Cuidados de Saúde Primários), contrastando com a amostra utilizada neste trabalho, o que por si só pode conferir algumas diferenças ao nível dos resultados encontrados, uma vez que a nível hospitalar podem-se encontrar pessoas idosas principalmente em estado de doença aguda, podendo, eventualmente, o seu estado estar relacionado com situações de abuso. São situações de agravamento de condições prévias, ou doenças súbitas, onde se podem averiguar formas mais graves de abuso. Esta noção é validada por Cohen, Levin, Gagín e Friedman (2007), que alegam que o Hospital é um campo óptimo para a identificação de possíveis situações de abuso, antes da pessoa idosa retomar ao seu domicílio, na medida em que se constitui como um lugar, supostamente, seguro para o indivíduo idoso e onde os processos de despiste podem ocorrer de uma maneira mais fiável.

Para além disso, parece existir um relato de maior percentagem de abuso na pessoa idosa em estudos realizados a nível hospitalar, condição talvez propiciada pelo facto de que as pessoas acorrem aos serviços de saúde hospitalares porque se encontram numa situação de saúde mais debilitada, e se existir uma situação de maus-tratos que leve ao internamento, são geralmente situações mais graves e de melhor identificação, como no caso do abuso físico, ou ainda, porque no Hospital os utentes são sujeitos a uma maior observação médica e de enfermagem, que poderá conduzir a um maior despiste (*idem*).

Os resultados desta investigação parecem também coincidir com os dados do estudo realizado pelo National Center on Elder Abuse (1998 *in* Ferreira, Vieira & Firmino, 2006), nos EUA, onde se verificou que a maior parte dos casos referenciados correspondem a situações de negligência (48.7%), sendo que o abuso emocional ou psicológico foi também bastante mencionado (35.4%), seguindo-se o abuso financeiro (30.2%) e o abuso físico (25.6%).

Também num estudo realizado em Israel por Eisikovits, Winterstein e Lowenstein (2004 *in* Marmolejo, 2008) se constataram percentagens proporcionais ao trabalho aqui apresentado, no que diz respeito às tipologias consideradas, uma vez que 18% dos indivíduos sofria de negligência, seguido de maus-tratos verbais (8%), abuso económico (6.6%) e por fim maus-tratos físicos ou sexuais (2%).

Outros estudos apresentam dados que contrastam com os resultados aqui apresentados. Por exemplo, no já citado trabalho de Vida, Monks e Rosiers (2002), aponta-se o abuso financeiro (13%) como a tipologia mais referida, seguindo-se a negligência (6%), o abuso emocional (4%) e finalmente o abuso físico (2%). Em divergência com o estudo aqui apresentado, está o facto da amostra do trabalho dos autores supracitados compreender especificamente utentes de um serviço de Psiquiatria Geriátrica, o que poderá explicar algumas das disparidades referidas. Por exemplo, poderão ser utentes com uma diminuição mais acentuada da sua capacidade cognitiva, muitas vezes tomada como uma diminuição da sua capacidade de decisão, o que poderá levar os perpetradores a fazer uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa em questão.

Já num estudo conduzido por Marmolejo (2008) verificou-se que, na amostra geral, o abuso económico apresenta maior prevalência (1.9%), seguido de perto pelo abuso físico e abuso psicológico (1.8% cada). Também na amostra referente aos idosos com grandes dependências, são estes os três tipos de maus-tratos mais comuns (2.4% cada). A autora destaca a questão do abuso físico, uma vez que a alta percentagem evidenciada na amostra referente aos cuidadores de idosos que apresentam grandes dependências, poderá estar relacionada com o facto de muitas vezes se recorrer a restrições físicas e/ou químicas em pessoas com este nível de dependência (*idem*).

Apesar das discrepâncias encontradas nos resultados dos trabalhos de investigação, muito provavelmente devidas às particularidades das amostras estudadas e das metodologias utilizadas, pode-se afirmar que cada um destes estudos contribui para o aumento da visibilidade dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas como um problema em que é necessário intervir. Ao analisar diferentes amostras, fornecem-se achados distintos, que em conjunto contribuem para uma compreensão mais global do fenómeno.

Aliás, não será objectivo do presente trabalho fazer uma comparação exaustiva com os demais estudos, mas sim tentar providenciar um contributo que se enquadre no panorama geral já explicitado ao longo da fundamentação apresentada.

Pelos dados apresentados, que vão, de uma maneira geral, ao encontro das ideias defendidas pelos autores explicitados, crê-se como essencial apelar ao estudo mais aprofundado das relações familiares que estão subjacentes às situações de abuso, de forma a compreender melhor os seus processos e particularidades, tendo em conta a singularidade de cada relação. Mais contribuições sobre esta temática específica vão certamente concorrer para uma melhor compreensão do abuso, elucidando sobre algumas das intervenções a realizar, principalmente ao nível da prevenção.

#### 3.4 – OBJECTIVO 4

Dando resposta ao quarto objectivo do estudo, que compreende a caracterização da amostra quanto aos grupos classificatórios de depressão, verifica-se que na amostra total a maioria dos sujeitos apresenta depressão ligeira (41.3%), seguido de depressão grave (34.7%), sendo menor a percentagem relativa aos indivíduos da amostra que não apresenta depressão (24%). Estes dados reportam-se à amostra total e não reflectem especificamente as amostras respeitantes aos sujeitos com e sem indicadores de abuso, uma vez que esta análise será retratada posteriormente neste capítulo.

Nesta outra vertente do estudo, observa-se que uma significativa percentagem da amostra apresenta depressão, consolidando os achados de Fernandes (2000) no que toca à elevada percentagem de pessoas idosas com sintomatologia depressiva. De acordo com a autora, a depressão é a perturbação psíquica mais frequente em pessoas idosas, sendo que a sua prevalência varia entre 5% e 65%, verificando-se em Portugal coeficientes de prevalência superiores aos encontrados em estudos estrangeiros, nomeadamente nos Estados Unidos da América (*idem*). Por exemplo, Valente (1991 *in* Fernandes, 2000) indica uma prevalência de 35%, no que toca a quadros depressivos em pessoas idosas.

Também Bae e Cho (2004 *in* Andrade, 2007) alegam que a depressão pode ser encarada como uma das doenças mais comuns na população idosa.

Andrade (2007) refere que a literatura coloca a prevalência da depressão na comunidade entre 1.8% e 35.8%, enquadrando os valores achados no presente trabalho.

Os dados da investigação de Costa (2005) também corroboram os resultados do presente estudo, na medida em que apontam a depressão como uma patologia psiquiátrica bastante preponderante, referindo que, na amostra estudada, a maioria das pessoas idosas estava deprimida, correspondendo a uma prevalência de 54.6%.

Segundo Bottino (2003 *in* Andrade, 2007), a pessoa idosa incorre em maior risco de depressão devido a uma diminuição das suas perspectivas sociais, ao declínio da sua saúde, tal como a alterações que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento e que estão relacionadas com transformações vasculares, estruturais, funcionais, neuroendócrinas e neuroquímicas.

Assume-se, também, que a ocorrência de depressão é determinada principalmente pela percepção da pessoa idosa sobre o seu suporte social, estado de saúde e acontecimentos de vida (Fernandes, 2000).

Ao analisar vários factores, Fernandes (2000) verificou que os valores mais elevados de depressão dizem respeito ao género feminino, situação de internamento e mais idosos. Para além destas relações com factores sócio-demográficos, Andrade (2007) alude para a relação da depressão com o declínio cognitivo, velocidade de processamento da informação, atenção, compreensão da leitura, aprendizagem, planeamento visuo-espacial, fluência verbal e memória.

### 3.5 – OBJECTIVO 5

Em relação ao objectivo cinco, que pretendia caracterizar a amostra quanto à forma de lidar com os maus-tratos, este trabalho de investigação revelou resultados coerentes com os achados na literatura sobre a temática.

Relativamente às atitudes frente ao abuso, denota-se que a passividade predomina, na medida em que 60 indivíduos, de um total de 65 que apresentaram indicadores, optaram por não fazer nada em relação à situação ocorrida. Talvez esta situação se constate porque as pessoas idosas têm receio, ou vergonha, de relatar as suas vivências, porque desconhecem as medidas e os meios disponíveis para o fazer, ou estão incapacitados para o realizar, porque por exemplo não possuem os recursos necessários, ou porque têm dificuldades de locomoção,

ou ainda porque não sabem identificar o que são situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas.

Estes dados vão ao encontro da perspectiva de Muehlbauer e Crane (2006), que referem que muitas vezes a vítima recusa ajuda devido ao receio de represálias, da perda de autonomia e de alteração do local de habitação. Ou ainda, poderá não existir intenção tomar medidas legais se o agressor corresponder a um membro da família, com o intuito de evitar quebrar laços familiares, ou então, se existirem sentimentos de culpa, vergonha e auto-estima reduzida (*idem*).

Tendo em conta uma análise mais ampla dos dados obtidos, pode-se considerar a forma de lidar com os maus-tratos como as estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas idosas. Perante estes resultados, deduz-se uma adopção, maioritariamente, de estratégias de *coping* de evitamento, correspondendo, de acordo com Lazarus e Folkman (1984 *in* Tomaz, 2008), a estratégias centradas na emoção. De acordo com Santos e Ribeiro (2001), a qualidade do *coping* não existe em absoluto, na medida em que esta só pode ser avaliada em função da situação, podendo-se julgar bem adaptada num contexto e não noutra. Dados estes factos, apesar de se considerar que respostas de negação e fuga sejam uma estratégia adaptativa inicial, porque aliviam o desconforto que a situação provoca, enquanto nada se pode fazer, esta não é eficaz na resolução do problema, uma vez que podem prejudicar a adopção de atitudes/comportamentos adequados ao enfrentar da situação (Varela & Leal, 2007). Deste modo, depreende-se que as estratégias maioritariamente adoptadas pelos elementos da amostra não se coadunam como uma estratégia adaptativa eficaz. Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999), num estudo que realizaram, verificaram que a forma como as pessoas resolvem os seus problemas, ou seja, as estratégias de *coping* que utilizam, e as suas manifestações de hostilidade, torna-as mais ou menos vulneráveis a situações de maus-tratos, assumindo-se como possível que as situações de abuso conduzam a comportamentos mal adaptativos, o que se poderá verificar nos elementos da amostra. Ou seja, a atitude maioritária de passividade pode, também, ser decorrente de uma influência negativa das situações de abuso, sobre as pessoas idosas que as vivenciam.

De acordo com os dados do trabalho, verificou-se ainda que 6.2% dos sujeitos da amostra responderam com agressividade, sendo que apenas 3.1% procurou auxílio, nomeadamente o contacto com assistentes sociais.

Tendo em conta estes resultados, pode-se realizar uma alusão ao trabalho de Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999), em que os autores argumentam que as estratégias de *coping* utilizadas estão relacionados com as situações de abuso, apesar de, como refere o comité

National Research Council dos EUA (2003), não se conseguiu determinar até que ponto os mecanismos de *coping* utilizados serão influenciados pela própria situação de abuso.

Segundo Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999), é provável a ocorrência de perda de controlo em situações problemáticas e uma maior tendência para reagir de forma agressiva quando existem sentimentos de frustração ou ira. Para além disso, este tipo de respostas pode estar associado em alguma dimensão a padrões de interacção, já antigos, entre os membros da família, o que faz com que os traços de personalidade da vítima considerados, como os estilos de *coping*, devam ser considerados como factores de risco para o abuso.

Na medida em que estes resultados demonstram uma significativa maioria de pessoas idosas com indicadores de abuso e que simultaneamente evidenciam uma atitude de passividade face a esta situação, constata-se que se deve apostar em dar a conhecer amplamente os direitos dos idosos e as instituições que têm intervenções neste campo, ou ampliar as já existentes.

No sentido de um maior esclarecimento, deve-se incidir na formação da população idosa, tal como da sociedade em geral, sobre temáticas como o envelhecimento, a promoção do bem-estar e a ocorrência de maus-tratos e negligência a pessoas idosas. A par destas atitudes, julga-se essencial promover a interacção entre as várias gerações, com o intuito de eliminar os estereótipos sobre o envelhecimento ainda enraizados na nossa cultura.

Cabe também aos serviços de saúde e de segurança social providenciarem uma maior vigilância, através de uma atitude de despiste de casos de abuso. Fará todo o sentido que estas instituições apresentem uma acção pró-activa na avaliação de factores de risco para o abuso e encaminhamento de casos suspeitos, tendo em conta as necessidades da população, principalmente em casos de pessoas idosas com limitações, em que o principal contacto, para além da família/cuidadores, são os cuidados de saúde.

### 3.6 – OBJECTIVO 6

No que respeita ao sexto objectivo, dirigido à análise da relação de cada tipologia de maus-tratos com as variáveis sócio-demográficas consideradas, o recurso aos testes estatísticos permitiu obter algumas diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis **género, percepção da suficiência dos meios de subsistência e agregado familiar**.

Relativamente ao **género**, os dados apontam para a evidência de relação entre esta variável e a presença de indicadores de abuso, ou seja, existe uma maior percentagem de

indivíduos do género feminino que apresenta indicadores de maus-tratos (61.5%) e uma maior percentagem de indivíduos do género masculino, na amostra, que não apresenta indicadores de maus-tratos (80%). No que se refere à relação entre o número de indicadores e o género, denota-se que existe uma diferença significativa no número de indicadores da amostra total, tal como na amostra com indicadores de negligência, consoante o género. Assim, tanto na amostra relativa à negligência ( $\bar{x}=2.11$ ), como na amostra referente ao “abuso total” ( $\bar{x}=3.90$ ), verifica-se que as mulheres apresentam em média mais indicadores de abuso.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Ferreira-Alves e Sousa (2005), na medida em que os autores constataram que a negligência atinge significativamente mais as mulheres, embora não se possa relacionar o género com o abuso emocional.

Os achados estão também de acordo com a perspectiva de Marmolejo (2008), quando alega que uma grande parte dos estudos realizados sobre os factores de risco para o abuso encontrou uma maioria de vítimas do género feminino. Assim, numa investigação conduzida pela autora, verificou-se que as mulheres são as principais vítimas em todas as tipologias de maus-tratos, com excepção da negligência. Deste modo, apesar de se constatar uma concertação com os dados do presente estudo, sobressaem as diferenças ao nível da amostra referente à negligência.

Também Fernandes e Dionísio (2009) observaram que o abuso físico, o abuso emocional e a negligência são maiores no género feminino, o que elucida conjuntamente os resultados encontrados.

Por outro lado, Dyer e Rowe (1999) argumentam que a concepção da mulher como principal vítima de situações de maus-tratos a pessoas idosas corresponde a uma visão clássica, que alguns estudos têm vindo a contrapor. Por exemplo, Comijs, Smit, Pot, Bouter e Jonker (1998) verificaram que o abuso financeiro está mais relacionado com o género masculino. Contudo, estes autores reconhecem que o abuso financeiro compreende características específicas, quando comparado com outros tipos de maus-tratos, como o abuso físico e agressões verbais (as outras tipologias consideradas no estudo), que podem levar a que os factores de risco, como o género, se expressem de outra forma, nomeadamente o facto de ter maior probabilidade de ocorrer isoladamente, ao contrário dos outros dois tipos (*idem*).

Por sua vez, também Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) não encontraram relações entre o género feminino e os maus-tratos a pessoas idosas. Para estes autores, faz mais sentido associar factores sócio-demográficos, como o género, a factores contribuintes para o abuso, não sendo considerados como factores de risco.

Como se pode averiguar, alguns autores colocam em evidência as relações encontradas nesta investigação entre o género e a ocorrência de abuso a pessoas idosas,



associando-se o género feminino como factor de risco, enquanto outros autores não constataam esta proposição. Assim, denota-se a existência de alguma controvérsia no que diz respeito à consideração do género feminino como factor de risco na literatura actual, razão pela qual o comité National Research Council dos EUA (2003) optou por considerá-lo como um factor de risco possível. Os mesmos autores apontam que a existência de um maior número de mulheres na população idosa poderá enviesar os dados obtidos, porém também afirmam que apesar desta possibilidade considera-se que são as mulheres que sofrem mais danos físicos e emocionais pelo abuso, quando comparadas com os homens (*idem*).

Acresce referir, no contexto deste estudo, que o facto de se ter apurado uma relação entre o género feminino e a presença de indicadores de abuso, tal como o número de indicadores de negligência e “abuso total”, poderá encontrar uma explicação no modelo teórico apontado por Anetzberger (2000), que refere a dinâmica do cuidar como podendo ser contributiva para a ocorrência de abuso. Analisando o caso particular da negligência, sabe-se que esta diz respeito, tendo em conta as considerações do National Center on Elder Abuse dos Estados Unidos (1998 *in* Ferreira-Alves, 2005), a uma recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com a pessoa idosa. Sabe-se também que corresponde à população idosa feminina a maior esperança de vida, o que coloca uma maior percentagem de mulheres em probabilidade de atingir uma idade adulta mais avançada, onde os problemas de saúde poderão ser mais graves e exacerbar situações de dependência, o que poderá levar a um aumento das suas fragilidades e a uma maior dependência de outras pessoas/cuidadores. Como aponta Perel-Levin (2008), o modelo do stresse situacional indica que o stresse do cuidador, quando associado a situações de *burden*, propicia um ambiente favorável para o abuso.

Deste modo, caso os cuidadores não consigam dar resposta às necessidades das pessoas idosas, e tendo em conta que são as mulheres a maior parte da população idosa de idade mais avançada que pode necessitar de uma maior volume de cuidados, pode-se identificar o género feminino como incorrendo em maior risco de sofrer de negligência.

Para comprovar na totalidade esta relação, haveria necessidade de testar outros factores que não foram abordados no presente estudo, como por exemplo o grau de dependência dos sujeitos da amostra, e se este tem relação com a existência de indicadores de abuso, tal como avaliar a relação entre cuidadores e pessoas idosas, e que influência esta poderá ter na existência de situações de abuso. Assim, apenas se apresenta como uma possibilidade explicativa, pois como argumenta Anetzberger (2000), os cuidados informais não são uma causa primária do abuso a pessoas idosas, mas ao invés disso são um contexto de interacção no qual o abuso pode ocorrer, e tendo em conta determinadas características dos

intervenientes, assim aumenta, ou diminui, o risco para situações de maus-tratos e negligência.

Para além disso, uma análise da relação da vítima com o perpetrador seria imprescindível para verificar de que forma as fragilidades da população idosa do género feminino contribuem para uma maior vulnerabilidade à presença de abuso.

No que toca à **percepção da suficiência dos meios de subsistência**, constata-se que existe evidência de relação entre a presença de indicadores de maus-tratos e esta variável, pois a maior parte dos indivíduos que apresenta indicadores refere que os meios de subsistência não são suficientes (73.8%), enquanto a maior parte dos indivíduos que não apresenta indicadores de abuso refere que os meios de subsistência são suficientes (70%). Apesar de se reconhecer que a diferença no número de indicadores de cada tipologia consoante esta percepção não é estatisticamente significativa (hipótese 8), ao equacionar a existência ou não de indicadores no geral, verifica-se que existe evidência de relação a um nível estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ). Ou seja, apura-se que uma percepção negativa da suficiência dos meios de subsistência pode constituir-se como um factor de risco para o abuso.

Se se perceber que quem refere que os seus meios de subsistência são insuficientes detém uma situação económica má, ou pelo menos inferior à desejada para fazer face às suas necessidades, os resultados do presente estudo vão ao encontro dos achados de Lachs, Williams, O'Brien, Hurst e Horwitz (1997), que relatam o baixo estatuto económico da vítima como um factor de risco para os maus-tratos e negligência de pessoas idosas. Também se poderá estabelecer um paralelo com as considerações de Reis (2000 *in* Ferreira-Alves, 2004) no que toca à relação entre ser financeiramente dependente e o abuso, na medida em que quem apresenta rendimentos insuficientes pode necessitar de depender de outros para fazer face às suas necessidades, e tal como apontam Carney, Kahan e Paris (2003), a teia de dependência entre vítima e abusador é também em si um factor de risco.

Esta relação é também evidenciada pelas Nações Unidas (2002), que englobam como factor de risco para o abuso a pobreza, sendo que vários autores admitem que o baixo nível sócio-económico também pode interferir em situações de risco de abuso de pessoas idosas (Pillemer & Finkelhor, 1988 *in* Shugarman, Fries, Wolf & Morris, 2003; Lachs, Berkman, Fulmer *et al.*, 1994 *in* Shugarman, Fries, Wolf & Morris, 2003).

Talvez esta relação ocorra porque quem percebe como insuficientes os seus meios de subsistência necessita de depender do seu agregado familiar, logo colocam-se numa situação de dependência e desigualdade, que como referem Litwin e Zoabi (2004) pode ser propícia a situações de abuso. Ou então, porque quem não aufer rendimentos suficientes

pode incorrer no risco de não conseguir fazer face às suas necessidades básicas, e que em si pode ser também percebido como abuso. Daqui se depreende a necessidade de apostar em políticas sociais mais coerentes com as carências da população idosa.

No que diz respeito ao **agregado familiar**, constata-se que existe relação entre o número de indicadores de maus-tratos e esta variável no que toca à amostra referente à negligência. Assim, verifica-se que as pessoas que vivem sozinhas têm em média mais indicadores de negligência ( $\bar{x}=2.92$ ), sendo seguidas pelos sujeitos que vivem apenas com os filhos ( $\bar{x}=1.77$ ), sujeitos que vivem com o cônjuge e filhos ( $\bar{x}=1.75$ ), e que vivem no lar ( $\bar{x}=1.20$ ). Deste modo, estes dados dão a entender que viver sozinho se constitui como um factor de risco para a negligência.

Comumente, os investigadores argumentam que viver acompanhado constitui um factor de risco para o abuso, pois é aceite que tensões entre os membros da família podem propiciar situações de conflito e evoluir para situações de maus-tratos, tal como a pessoa idosa pode viver com o próprio perpetrador dos maus-tratos (Lachs, Williams, O'Brien, Hurst & Horwitz, 1997; Carney, Kahan & Paris, 2003; Lachs & Pillemer, 2004). Por exemplo, Buttler (1999 *in* Ferreira-Alves, 2004) argumenta que este factor detém mais visibilidade se a pessoa que coabita com o indivíduo idoso abarcar todo o controlo da sua situação de saúde e de cuidados. Também num estudo realizado por Comijs, Smit, Pot, Bouter e Jonker (1998) se verificou que as agressões verbais crónicas estão relacionadas com viver acompanhado.

Contudo, Lachs, Williams, O'Brien, Hurst e Horwitz (1997) alegam que mais importante do que viver com alguém, é o número de laços sociais que a pessoa idosa possui, sendo que estes podem constituir um factor protector do abuso. Deste modo, estes autores focam-se noutra perspectiva, e consequentemente noutra factor de risco para situações de maus-tratos, que é também defendido pelas Nações Unidas (2002) e corresponde ao isolamento social.

Relativamente ao isolamento social, Reis (2000 *in* Ferreira-Alves, 2004) expõe que este factor, tal como a falta de suporte social, tem bastante expressão na medida em que, como reconhecem Lachs e Pillemer (2004) e Marmolejo (2008), quando a família não se encontra integrada em fortes redes sociais, é mais fácil esconder a ocorrência de maus-tratos. Por outro lado, a pessoa idosa é incapaz de reconhecer, ou tem possivelmente ao seu alcance menos meios para pedir auxílio (*idem*).

Relativamente aos resultados do presente estudo, verifica-se que viver sozinho foi considerado como factor de risco apenas para o caso específico da negligência, o que faz crer que talvez para esta tipologia específica do abuso ocorram outras interações explicativas. Ou seja, para os sujeitos desta amostra viver sozinho pode condizer com situações de fraco

suporte social que se sobrepõem ao factor protector associado ao facto de viver sozinho, e que é descrito como uma menor probabilidade de sofrer abuso por parte de outrem.

Nesta perspectiva, Wolf (1998 *in* Ferreira-Alves, 2004) pondera uma maior probabilidade de existência de isolamento social em casos de negligência. Para além disso, Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) constataram uma forte associação entre as variáveis correspondentes ao suporte social (fraca interacção com outras pessoas, existência de conflitos com família e amigos, sentir-se sozinho, tal como apresentar sinais de um suporte social frágil) e o abuso potencial, o que poderá condizer com os resultados encontrados nesta investigação. Também Fulmer *et al.* (2005) destacam alguns factores de vulnerabilidade para a negligência, englobando o pouco suporte social, que poderá estar associado a uma vivência solitária.

Talvez esta ocorrência possa ser explicada pelo facto de que quem vive sozinho, por opção ou não, quando comparado com pessoas que vivem acompanhadas, parece ter mais probabilidades de ver recusada por parte de outrem, ou sofrer de alguma ineficácia, no que toca à satisfação de qualquer parte das obrigações ou deveres para com a própria pessoa idosa.

Prosseguindo na análise da relação de cada tipologia de maus-tratos com as variáveis sócio-demográficas consideradas, averiguou-se que não existia evidência estatística para confirmar as relações com as variáveis idade, estado civil, existência de apoio domiciliário, frequência de centros de apoio na comunidade, meios de subsistência e escolaridade.

No que concerne à idade, tal como no trabalho de Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003), não se conseguiu estabelecer nenhuma relação estatisticamente significativa. É também de salientar o trabalho de Ferreira-Alves e Sousa (2005), na medida em que os resultados apontam para que o número de indicadores de negligência parece não ser influenciado pela idade. A este propósito, Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) aludem para que a associação entre características sócio-demográficas, como a idade, e o abuso é uma área em que a investigação ainda não conseguiu chegar a consenso. Assim, uma grande parte dos autores apresenta reservas em relação à análise deste factor de risco uma vez que não manifesta resultados conclusivos.

Porém, e em oposição aos resultados do presente trabalho, Marmolejo (2008) e Giuriani e Hasan (2000), em relação à idade como factor de risco, apontam para que a maioria das vítimas de maus-tratos nas pessoas idosas têm 75 anos ou mais. Neste âmbito, Ferreira-Alves e Sousa (2005) verificaram que o abuso emocional e o abuso físico parecem ser

significativamente diferentes com a idade, na medida em que aumenta o número de indicadores de cada um com o aumento da idade. Também Fernandes e Dionísio (2009), no que diz respeito à relação entre os maus-tratos a pessoas idosas e a idade, observaram que o abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso total são menores entre os sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 68 anos. Para além disso, a negligência é maior entre as pessoas idosas com idades entre os 69 e os 72 anos (*idem*).

Nesta investigação, talvez não se tenham encontrado relações entre a variável idade e o número de indicadores de abuso, devido a características específicas da amostra, nomeadamente idiosincrasias nas pessoas que vão ao serviço de urgência, pois em outros *settings* quanto maior a idade maior o abuso. Assim, parece que neste estudo outros factores de risco prevaleceram face à idade, ou então pode-se salientar o facto de não se ter analisado a variável idade em grupos, como tendo alguma possibilidade de intervenção nos resultados obtidos.

No que diz respeito ao estado civil, não se conseguiu estabelecer nenhuma relação estatisticamente significativa entre esta variável e a ocorrência de abuso a pessoas idosas. De acordo com as considerações do comité National Research Council dos EUA (2003), apesar de se pensar que a maioria dos abusadores correspondem aos filhos das vítimas, alguns trabalhos referem que são os cônjuges os principais perpetradores. Por sua vez, Comijs, Smit, Pot, Bouter e Jonker (1998) obtiveram resultados consistentes com achados teóricos anteriores, apontando-se o facto de estar casado como um factor de risco importante. Porém Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) não conseguiram estabelecer nenhuma relação significativa no que diz respeito ao estado civil, coincidindo com os resultados do presente estudo.

Talvez não se consiga observar nenhuma relação na medida em que, para os elementos da amostra, é o facto de se estar sozinho que emerge como um factor de risco, e não importa tanto o estado civil. Ou seja, importa mais se a pessoa idosa vive acompanhada do que propriamente com quem vive e o laço civil que as une, até porque as pessoas idosas viúvas poderão também viver acompanhadas pelos seus filhos, entre outros.

Para além destes factos, como argumenta Ferreira-Alves (2004), será a qualidade pré-mórbida da relação entre a vítima e perpetrador um indicador relevante do posterior abuso, e não tanto a relação, em termos de estado civil, que se mantém.

Também no que toca à existência de apoio domiciliário, e à frequência de centros de apoio na comunidade, não se conseguiram estabelecer relações com a presença e o número de indicadores de maus-tratos e negligência.

Poder-se-ia considerar que não ter apoio domiciliário, ou não frequentar centros de apoio na comunidade, revelaria um fraco apoio social e este, como já foi apontado anteriormente, pode-se entender como um factor de risco para o abuso (Lachs & Pillemer, 2004).

Contudo, talvez pelas características dos sujeitos da amostra, que podem evidenciar níveis de independência não coincidentes com ajudas desta natureza, não se conseguiu constatar tal relação. Para uma avaliação mais fidedigna, seria prudente conduzir uma recolha de dados no sentido de incluir informações ao nível da necessidade de utilização deste tipo de apoios sociais, confrontando com o facto de serem ou não utilizadores, tal como os seus níveis de dependência para as actividades da vida diária.

Relativamente aos meios de subsistência das pessoas idosas, à semelhança das variáveis anteriores, não se observou evidência estatística de relação com a presença e o número de indicadores de maus-tratos e negligência.

Se por um lado, autores como Lachs, Williams, O'Brien, Hurst e Horwitz (1997) associam o baixo estatuto económico da vítima como um factor de risco para os maus-tratos e negligência, por outro lado, observa-se que neste estudo a percepção da suficiência dos meios de subsistência demonstrou uma relação significativa com a presença de indicadores de abuso.

Assim, pode-se apontar como possível explicação para não se verificar relação entre a variável "meios de subsistência" e a presença e o número de indicadores de abuso, o facto de para a ocorrência de abuso, não ser tão importante o quanto as pessoas ganham, mas sim, se esta quantia é suficiente para satisfazer as suas necessidades. Assim, perante estes resultados, não se enumeram os meios de subsistência como um factor de risco para o abuso, mas elege-se como factor de risco a percepção da sua suficiência.

Relativamente à escolaridade não se denota a existência de relação entre esta variável e a presença e o número de indicadores de maus-tratos e negligência.

De acordo com as considerações de Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) este é um resultado expectável, na medida em que estes autores não conseguiram encontrar, numa investigação que realizaram, nenhuma relação significativa com a variável sócio-demográfica "baixa escolarização".

Este resultado poderá encontrar esclarecimentos nas características específicas dos sujeitos da amostra.

Tendo em conta os resultados encontrados, denota-se a existência de variáveis que estão relacionadas com a existência de indicadores de abuso, ao contrário de outras, em que não se conseguiu estabelecer nenhuma relação. Assim, tendo em conta a análise estatística efectuada, podem-se enumerar as variáveis género, agregado familiar e percepção da suficiência dos meios de subsistência como factores de risco, em que se associa à ocorrência de abuso o género feminino, viver sozinho e uma percepção negativa dos meios de suficiência.

Como se pode constatar através da análise comparativa com outros estudos, não existe uma relação consensual de todos os factores de risco envolvidos em situação de maus-tratos nas pessoas idosas. Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) atribuem como principal causa as diferenças nos *designs* de investigação utilizados pelos vários investigadores, tal como diferentes amostras e medidas do abuso. Por sua vez, o comité National Research Council dos EUA (2003) estabelece como razão principal desta ocorrência a múltipla causalidade do fenómeno.

Contudo, não obstante as diferenças estabelecidas, através desta investigação destaca-se a necessidade de estudar os factores de risco para os maus-tratos e negligência a pessoas idosas, no sentido de melhorar a compreensão de cada situação de abuso e o delinear de estratégias preventivas e de intervenção.

### 3.7 – OBJECTIVO 7

O sétimo objectivo deste estudo visava a análise da relação entre cada tipologia de maus-tratos e a existência de depressão, facto que permitiu identificar algumas diferenças estatisticamente significativas.

Destaca-se o facto de existir uma relação positiva, ou seja, quando aumentam os valores de depressão, aumenta também o número de indicadores de abuso para as amostras referentes à negligência, abuso emocional e “abuso total”. Estes resultados podem corroborar as considerações tecidas por vários autores que referem a depressão como um factor de risco para o abuso (Comijs, Smit, Pot, Bouter & Jonker, 1998; Giuriani & Hasan, 2000; Shugarman, Fries, Wolf & Morris, 2003).

Cooper *et al.* (2006) verificaram que a sintomatologia de depressão funcionava como preditor para a existência de indicadores de abuso, evidenciando que as pessoas idosas que estão sub-diagnosticadas em relação a patologias psiquiátricas, estão particularmente vulneráveis a situações de maus-tratos.

Também Fulmer *et al.* (2005), ao focarem-se na análise dos factores de risco para a negligência a pessoas idosas, constataram que alguns factores de vulnerabilidade para a negligência incluem os sintomas depressivos.

Contudo, no estudo de Marmolejo (2008), encontraram-se algumas informações contraditórias, na medida em que, de acordo com as informações relatadas pelas pessoas idosas, são as pessoas sem sintomatologia depressiva que apresentam mais indicadores de abuso. Porém, de acordo com as informações transmitidas pelos cuidadores, a percentagem de pessoas idosas que sofre de sintomatologia depressiva é maior entre as vítimas de maus-tratos do que entre as que não são vítimas. Estes últimos dados estão de acordo com os resultados deste trabalho.

No presente estudo, não se verificaram relações entre o abuso financeiro e a depressão. Apesar da sintomatologia depressiva poder provocar alguma diminuição da capacidade de decisão, e a maioria dos sujeitos do estudo distribuir-se na sua maioria entre depressão ligeira e depressão grave, nos casos abordados parece que este tipo de patologia não se relaciona com a existência de indicadores de abuso financeiro.

Apesar das relações encontradas, não é possível determinar com toda a certeza que foi a sintomatologia depressiva que concorreu para a existência de indicadores de abuso, uma vez que, como refere Marmolejo (2008), em relação a este factor de risco é difícil discernir se é resultado de uma situação de abuso, ou se as pessoas idosas que apresentam depressão são mais susceptíveis de serem maltratadas. Ou seja, como alegam Ramos, Kamizono, Fernandes e Xavier (2005), a depressão da vítima para além de factor de risco para a agressão pode também ser uma consequência do abuso.

Tendo em conta estes resultados, e aludindo às considerações de Cooper *et al.* (2006), parece oportuno alegar a necessidade de despistar patologias psiquiátricas, tal como a depressão, como forma de prevenir a existência de abuso na pessoa idosa, uma vez que os resultados sugerem associações entre a depressão e negligência, abuso emocional e “abuso total”.

### 3.8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em analogia às dificuldades encontradas noutras investigações dirigidas à população idosa e principalmente na área da pesquisa sobre o abuso, também neste trabalho se podem reconhecer limitações que se relacionam com as características do *design* do estudo, do instrumento de recolha dos dados e da amostra.



Relativamente às limitações correspondentes ao *design* do estudo, enuncia-se a dificuldade na abordagem do tema dos maus-tratos, tendo em conta que é uma temática delicada que obriga a um maior cuidado na recolha dos dados com o intuito de preservar a intimidade da pessoa abordada. Para além deste aspecto, denota-se que a abordagem deste tipo de ocorrências ainda se encontra envolta em preconceitos relacionados com a imagem do processo de envelhecimento e das relações familiares.

A aplicação do instrumento de recolha de dados levou em consideração as características do local de obtenção da amostra. Poderia julgar-se como uma mais-valia para o presente estudo a participação activa dos profissionais de saúde na recolha dos dados, permitindo uma recolha mais exaustiva e abrangente, e até a inclusão de um outro tipo de questões relacionadas com a saúde e estado geral do sujeito, que completasse a recolha e fornecesse informações adicionais importantes. Contudo, sendo o serviço de urgência hospitalar caracterizado por uma elevada dinâmica e afluência de utentes, e dados os limites temporais inerentes à realização da investigação, apesar da receptividade dos profissionais, esta colaboração não foi possível.

Quanto à escolha dos instrumentos aplicados no estudo, verifica-se que para a população idosa, e no que diz respeito à avaliação dos maus-tratos, não se encontram disponíveis muitos instrumentos traduzidos e dirigidos a este grupo específico. Tendo em conta que são poucos os estudos realizados em Portugal sobre esta temática específica e que estes, na sua grande maioria, utilizam o QEEA de Carney, Kahan & Paris (2003) traduzido por Ferreira-Alves e Sousa (2005), optou-se também por utilizar este instrumento. Apesar de este não ter sido adaptado pelos autores, como a sua utilização tem sido bastante difundida, assume-se este trabalho como mais uma contribuição para a sua validação.

No que respeita à recolha de dados propriamente dita, constata-se também que as infra-estruturas hospitalares nem sempre permitem a privacidade do diálogo com os intervenientes. Porém, sempre que possível, tentou-se utilizar gabinetes disponíveis no momento da recolha, minimizando estes efeitos.

Reconhece-se também como um dos potenciais factores limitativos desta investigação o número pouco extenso de elementos da amostra. Por exemplo, no caso do “abuso físico”, devido ao número reduzido de elementos da amostra que apresentaram este tipo de indicadores, não se conseguiu avaliar relações em termos estatísticos. Poderia-se questionar se esta ocorrência está vinculada a uma maior probabilidade de ir ao serviço de urgência com sofrimentos emocionais do que com sofrimentos físicos. Porém, dadas as particularidades e limitações do estudo, e através das considerações de diversos autores acerca da natureza “oculta” das situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas, será difícil equacionar na

totalidade esta questão. Talvez fossem necessários outros instrumentos de recolha de dados objectivos, que não só os indicadores de maus-tratos e negligência auto-reportados pela pessoa idosa, no sentido de despistar mais eficazmente situações de “abuso físico”.

Tendo em conta que foi necessário delimitar um intervalo temporal para a recolha da amostra, com vista a uma maior padronização dos condicionantes da recolha, esta opção, apesar de essencial, pode ser considerada como limitativa do processo de questionamento dos utentes idosos.

## CONCLUSÕES

Com a realização deste trabalho conseguiu-se atingir o objectivo geral primeiramente enunciado, elaborando-se um estudo de prevalência e descrição dos factores de risco associados ao fenómeno dos maus-tratos e negligência na pessoa idosa.

Numa primeira parte do estudo, dedicada principalmente à construção de um quadro teórico-conceptual, dando azo à explanação das correntes de investigação sobre o abuso de pessoas idosas e seus principais achados, emergiram várias questões sobre a necessidade de se avaliar e despistar a existência de maus-tratos e negligência e respectivos factores de risco. Verificou-se que, como forma de preencher as grandes lacunas existentes neste campo, é crucial conhecer a realidade existente, o que irá possibilitar a delineação de intervenções o mais eficazes possível, com o fim último de promover o bem-estar e o desenvolvimento da pessoa idosa.

Algo que se salientou, desde o início da pesquisa bibliográfica efectuada, percorrendo a realização deste trabalho, foi a escassez de dados portugueses, principalmente em termos de estudos de investigação, de prevalência e de possíveis formas de intervenção. Mais importante do que expor esta constatação, é tentar equacionar o porquê desta realidade. Que condicionantes influenciam a diminuta extensão da pesquisa portuguesa sobre os maus-tratos às pessoas idosas? Estará na sua base a existência de estereótipos, aliada à manutenção de uma representação social negativa acerca do envelhecimento? Ou será uma influência das concepções de outros países, que também só tardiamente iniciaram o estudo dos maus-tratos aos adultos idosos como uma forma de violência familiar? Todas estas questões fazem repensar a validade e a necessidade de apostar na investigação e construção de um quadro conceptual adequado às vivências das pessoas idosas portuguesas.

Numa segunda parte do trabalho, que retrata o estudo empírico conduzido, os dados analisados e as relações exploradas permitiram trazer um novo contributo para compreender um nicho da realidade portuguesa, em termos da extensão das situações de maus-tratos e negligência e algumas das variáveis que lhes estão associadas.

Assim, integrando este estudo num esforço conjunto para dar a conhecer a dimensão deste problema, tendo em conta que não é um tema ainda muito explorado ao nível da investigação actual, espera-se que as suas conclusões concorram de uma forma positiva para aumentar os conhecimentos nesta área.

A amostra abordada no estudo diz respeito a 75 indivíduos, na sua maioria do género feminino, com uma média de idades de aproximadamente 78 anos, oscilando entre os 66 e os 97 anos, maioritariamente casados ou em união de facto, a viver com o cônjuge, não recebendo apoio domiciliário, nem frequentando centros de apoio na comunidade, auferindo pensão/reforma, e referindo que os seus meios de subsistência lhe são insuficientes, tendo frequentado o 1º ciclo e apresentando níveis significativos de depressão.

O facto de se ter determinado um período específico para a recolha dos dados permitiu estabelecer uma variável fixa, tendo em conta os condicionantes de um serviço de urgência que envolvem a necessidade de minimizar o tempo despendido na aplicação dos questionários, tal como o grande afluxo de utentes para a triagem. Percepciona-se que tal procedimento tenha influenciado de forma positiva o processo de abordagem da amostra.

Os instrumentos utilizados adequaram-se aos objectivos do trabalho desenvolvido e permitiram obter dados relevantes.

A realização deste estudo permitiu verificar, uma vez mais, que a prevalência do abuso na pessoa idosa apresenta dimensões preocupantes. Neste caso constatou-se que 86.7% dos sujeitos da amostra apresenta pelo menos um indicador de abuso, variando o número de indicadores entre 0 e 10 e sendo a maior percentagem correspondente à existência de um indicador (21.3%). Tendo em conta que muitos autores alegam que normalmente os números referenciados estão abaixo da realidade, na medida em que as situações de abuso de pessoas idosas geralmente estão associadas a desconhecimento e receios de represálias por denúncias, talvez se possa considerar que ainda possa existir sub-referenciação. Por outro lado, tendo em conta que se trabalhou com indícios/indicadores de abuso auto-reportados pela pessoa idosa, não se sabe se existem casos confirmados de maus-tratos e negligência. Para tal, seria necessário um outro tipo de abordagem, mais complexo e coordenado com os profissionais de saúde dos sujeitos em questão. De qualquer forma, sendo um número bastante expressivo, demonstra uma evidência de indícios de maus-tratos num número muito significativo de pessoas da amostra estudada.

No que diz respeito à tipologia das situações de abuso, verificou-se uma maioria de indicadores de negligência (81.5%) e abuso emocional (75.4%). Relativamente ao abuso financeiro, verificou-se que 35.4% das pessoas idosas inquiridas referiu este tipo de indicadores, cabendo ao abuso físico a menor percentagem (7.7%). Dados estes coincidentes com as perspectivas fomentadas pelos autores consultados, e que transmitem a noção de uma natureza mais negligente e emocional do abuso, que poderá concorrer com uma atitude mais passiva e sub-reptícia dos perpetradores. Convém novamente lembrar a questão da sub-referenciação do abuso, que poderá ter afectado as percentagens dos indicadores, por

exemplo, de abuso físico, uma vez que são dados que podem estar ligados a sentimentos de vergonha e culpabilização.

Para além disso, os resultados encontrados reforçam estudos já efectuados, nomeadamente em Portugal, revelando a existência de variáveis que se constituem como factores de risco para o abuso.

Relativamente ao género, observou-se que ser mulher apresenta-se como um factor de risco para a ocorrência de abuso no geral, e em particular para situações de negligência. Apesar de alguma controvérsia em relação à influência desta variável, tendo em conta a proporção maioritariamente feminina da maioria das amostras estudadas, uma grande parte da literatura consultada manifesta resultados semelhantes.

No que toca à depressão, constatou-se que existe uma relação positiva entre a sua presença e a ocorrência de abuso no geral, e em particular para situações de negligência e abuso emocional. No sentido de enriquecer a análise, seria necessário comprovar os efeitos desta relação, na medida em que muitos autores mencionam a reciprocidade da conexão entre a ocorrência de abuso na pessoa idosa e a existência de depressão. Contudo, estes dados alertam para a importância de averiguar a existência de sintomatologia depressiva, cabendo aos sectores da saúde mental uma maior sensibilização para a necessidade de despiste de indicadores de abuso em sujeitos que apresentem sintomatologia depressiva.

No que concerne ao agregado familiar, verificou-se que viver sozinho constitui um factor de risco para a negligência. Esta circunstância, estando também descrita na literatura actual, relembra que mais importante do que viver com alguém, é o número de laços sociais que a pessoa idosa possui, sendo que estes podem constituir um factor protector do abuso. Deste modo, quem vive sozinho parece ter mais probabilidades de ver recusada por parte de outrem, ou sofrer de alguma ineficácia, no que toca à satisfação de qualquer parte das obrigações ou deveres para com a própria pessoa idosa. Assim, assume-se como importante incidir no acompanhamento das pessoas idosas, principalmente as que vivem sozinhas, de forma a promover e enriquecer as suas redes sociais.

Apreende-se através dos dados do estudo que a percepção negativa da suficiência dos meios de subsistência pode constituir um factor de risco para o abuso, uma vez que a maior parte dos indivíduos que apresenta indicadores refere que os meios de subsistência não são suficientes (73.8%), enquanto a maior parte dos indivíduos que não apresenta indicadores de abuso refere que os meios de subsistência são suficientes (70%). Estes dados reflectem a necessidade de criar mais apoios para as pessoas idosas, principalmente em termos de alojamento, alimentação e saúde, fomentando acções de protecção social tantas vezes esquecidas, ou votadas ao abandono por políticas inertes que confrangem as expectativas de

vida de quem atinge a idade adulta avançada. Concorre para a explicação da influência desta variável o facto de não se constatar evidência estatística de relação entre a variável “meios de subsistência” e a presença e o número de indicadores de abuso e negligência. Assim, compreende-se que para a ocorrência de abuso não se afigura como crucial o quanto as pessoas ganham, mas sim, se esta quantia é suficiente para satisfazer as suas necessidades.

Da mesma forma, não se constituíram como factores de risco para o abuso, na amostra estudada, a idade, estado civil, existência de apoio domiciliário, frequência de centros de apoio na comunidade e escolaridade.

Outra conclusão que este estudo permite retirar, e que se reveste de bastante significado, diz respeito à atitude de passividade frente aos indicadores de abuso, adoptada pela grande maioria dos sujeitos (60 indivíduos, de um total de 65, que apresentaram indicadores). Esta ocorrência pode ter várias origens, nomeadamente receio e vergonha de relatar as suas vivências, ou então desconhecimento das medidas e meios disponíveis para o fazer. Afigura-se também como explicação as incapacidades das pessoas idosas para tomar atitudes activas, porque por exemplo não possuem os recursos necessários, ou porque têm dificuldades de locomoção, ou ainda porque não sabem identificar o que são situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas.

Face ao exposto, uma das implicações a retirar desta investigação tem a ver com a necessidade de adoptar medidas interventivas perante a existência de indicadores de abuso, e que visem não só a actuação em casos verificados de abuso, mas que adoptem uma atitude preventiva, necessária para a promoção do desenvolvimento da pessoa adulta idosa e do seu bem-estar. Estas acções podem passar por sensibilizar a população, quer para as características do contínuo desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo de vida, quer para a extensão do problema dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas, promovendo um maior conhecimento dos direitos das pessoas idosas, tal como medidas de actuação e organizações de apoio à denúncia deste tipo de casos. No campo da prevenção, coloca-se também a tónica na necessidade de uma maior contribuição a nível governamental, no sentido de uma evolução dos sistemas de apoios sociais a pessoas idosas e suas famílias que vise minorar as fragilidades e dificuldades sentidas, as quais poderão estar na base de situações de maus-tratos e negligência.

Esta investigação demonstrou que, apostando no despiste de indicadores de abuso e negligência auto-reportados pela pessoa idosa, integrando também a avaliação dos factores de risco associados, se consegue incidir na detecção de situações de abuso. Se a esta detecção estiver associada o encaminhamento eficaz de cada situação suspeita, com o intuito de conhecer a história da pessoa idosa, e confirmar, ou não, a existência de abuso para então

intervir com a coordenação de vários sectores da sociedade, estar-se-á a adoptar uma actuação válida e concertada para promover o bem-estar da pessoa idosa e sua família.

Equacionando os gastos em saúde que podem advir de situações de maus-tratos e negligência, tanto numa perspectiva social como numa perspectiva individual, percebe-se que a sua prevenção poderá, certamente, trazer benefícios. Por exemplo, se as altas hospitalares de pessoas idosas muito dependentes forem pensadas de modo a incluir a preparação eficaz da família, talvez se diminuam gastos em internamentos recorrentes por acções de negligência, que tantas vezes poderão ser tomadas por desconhecimento e falta de ensinamentos. Ou então, se se incidir no acompanhamento de cada família através dos cuidados de saúde primários, fomentando a utilização dos recursos sociais disponíveis, poderão garantir-se melhores cuidados informais que trarão ganhos de saúde para a pessoa idosa e sua família, tal como para o sistema social que as abarca.

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, um papel importante na prevenção e detecção de situações de abuso a pessoas idosas, devido à natureza da relação estabelecida com os seus utentes, baseada na proximidade e tendo como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Numa perspectiva de coordenação multiprofissional, compete ao enfermeiro assumir um papel de pivô no contexto da equipa, tendo em conta que os cuidados de enfermagem têm como fim ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, apresentando-se como culturalmente sensíveis.

Para tal, é fundamental que não haja uma demissão de responsabilidades e que se adoptem medidas de despiste, como as exemplificadas neste estudo, em que o serviço de urgência hospitalar, devido às suas especificidades, que englobam o elevado número de utentes que podem não frequentar o sistema nacional de saúde de outra forma, parece identificar-se como válido para este tipo de acções.

Para este despiste, afigura-se como crucial atentar nos factores de risco associados a situações de abuso, como por exemplo, os identificados neste estudo.

Assume-se que, em estudos posteriores, poderá ser útil analisar a influência de alguns factores não incluídos no presente estudo, nomeadamente abarcar populações ainda minoritariamente estudadas como as pessoas idosas com défices cognitivos, incidir na avaliação da dependência da pessoa idosa para as actividades de vida diária, analisar a relação entre cuidador e pessoa idosa, e ainda todas as acções que permitam conhecer em profundidade o fenómeno de cada relação de abuso.

A realização deste estudo revelou-se uma experiência gratificante, quer do ponto de vista pessoal, quer do ponto de vista profissional, exigindo um grande investimento em termos

de disponibilidade, esforço e persistência. Espera-se que os seus contributos se afigurem como uma mais-valia para a compreensão dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas, alertando para a necessidade de incidir no seu estudo e avaliação. Só uma correcta avaliação poderá dar origem a intervenções, que se esperam estruturadas em esforços concertados, reais e multidisciplinares com o intuito de caminhar no sentido de alterar práticas e concepções pouco divulgadas na sociedade actual. Apesar de difícil, reconhece-se que este trajecto é possível e para isso é importante que se coloque a pessoa idosa no centro da tomada de decisão, respeitando os seus direitos, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida, facilitando o seu processo de desenvolvimento.



## BIBLIOGRAFIA

Alberto, I. M. A. (2004). Velhos são... mas lêem romances de amor! Reflexões em torno do maltrato do idoso. *Psychologica*, 36, 63-73.

Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

American Medical Association (1992). Diagnostic and Treatment – *Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Washington: American Medical Association.

Andrade, S. A. O. (2007). *Geriatric Depression Scale (GDS-30): Estudos de validação em grupos com declínio cognitivo ligeiro e demência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary Cause of Elder Abuse? *Generations*, Summer, 2000, 46-51.

APA (2007). Elder Abuse. Consultado em Novembro 2007, [http://www.apa.org/pi/preventviolence/elder\\_abuse.html](http://www.apa.org/pi/preventviolence/elder_abuse.html).

APA (2007a). Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions. Consultado em Novembro 2007, <http://www.apa.org/pi/aging/eldabuse.html>.

APAV (1999). *Manual Títono – Para o atendimento de Pessoas Idosas vítimas de Crime*. Lisboa: APAV.

APAV (2006). Estatísticas APAV 2006 - Idosos vítimas de crime. Lisboa: APAV. Consultado em Outubro 2008, <http://www.apav.pt>.

APAV (2007). *Estatísticas APAV 2007 - Idosos vítimas de crime*. Lisboa: APAV. Consultado em Outubro 2008, <http://www.apav.pt>.

APAV (2009). *Estatísticas 2000-2008 – Idosos vítimas de crime*. Lisboa: APAV. Consultado em Dezembro 2009, <http://www.apav.pt>.

Bornstein, R. F. (2006). The Complex Relationship Between Dependency and Domestic Violence – Converging Psychological Factors and Social Forces. *American Psychologist*, 61, 6, 595-606.

Braithwaite, V. (1992). Caregiver burden: making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14, 3-27.

Brandl, B. (2000). Power and Control: Understanding Domestic Abuse in Later Life. *Generations*, Summer 2000, 39-45.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Burston, G. R. (1975). Granny-battering. *British Medical Journal*. Sept, 592.

Capela, B. (2002). APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (de crime) In R. A. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Violência e Vítimas de Crimes – vol.1 adultos* (pp. 291-301). Coimbra: Quarteto.

Carney, M. T., Kahan, F. S. & Paris B. E. C. (2003). Elder Abuse: Is every bruise a sign of abuse? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70, 2, 69-74.

Cavanaugh, J. (1997). *Adult Development and Aging*. Pacific Grove: Brooks Cole.

Cervo, A. L. & Bervian, P. A. (1983). *Metodologia científica: para uso dos estudantes* (3ª ed.). São Paulo: Mcgraw Hill.

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., Jonker, C., Tilburg, W. & Smit, E. J. H. (1999). Hostility and Coping Capacity as risk factors of elder mistreatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 48-52.
- Comijs, H. C., Smit, J. H., Pot, A. M., Bouter, L. M. & Jonker, C. (1998). Risk Indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9, 4, 67-76.
- Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G., I., Livingston, G. (2006). A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Other Determinants in the Ad-HOC Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.14, 489-97.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi.
- D' Hainaut, L. (1990). *Conceitos e métodos da estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Daichman, L. S. (2006). Elder Abuse in Developing Nations. In H. Cox (Ed.), *Later Life – The realities of aging* (pp. 323-331). New Jersey: Prentice Hall.
- Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds.) (1997). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- Dias, I. (2004a). *Violência na família: uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*, 15, 249-273.
- Dyer, C. & Rowe, J. (1999). Elder Abuse. *Trauma*, 1, 163-169.
- Erlingsson, C. L., Saveman, B. & Berg, A. C. (2005). Perceptions of Elder Abuse in Sweden: Voices of Older Persons. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, May 5:2, 213-227.

- Fernandes, C. M. S. & Dionísio, R. M. T. (2009). *Violência na Pessoa Idosa*. Dissertação de Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, L. G., Vieira, D. N. & Firmino, H. (2006). Violência sobre os mais velhos. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp.215-220). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Ferreira, M. A. L., Nunes, I. C. M. R., Carvalho, R. P., Silva, P. C. P. & Martins, S. A. F. (2006). Maus Tratos nos Idosos. *Nursing*, Dezembro-06, 16-49.
- Ferreira, P.L., Rodrigues, R. & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira-Alves, J. & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Sociologia*, 15, 303-313.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*, n.º esp. (2004), 133-151. Consultado em Novembro 2007, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Abuso e negligência de pessoas idosas – Contributos para uma visão forense dos maus-tratos. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 319-342). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, D. (2006). Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado na família. In L. Sousa, D. Figueiredo, M. Cerqueira (Eds.), *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice* (pp. 51-80). Porto: Ambar.
- Figueiredo, D., Lima, M. P. & Sousa, L. (2009). Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Kairós*, 12 (1) Jan 2009, 97-112.

- Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento: algumas questões de bioética. *Cadernos de Bioética*, 40, 105-121.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C., & Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 297-304.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. & Fairchild, S (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26, 5, 436-443.
- Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M. & Norman, R. (2005). Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist*, 45, 4, 525-534.
- Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Giurani, F. & Hasan, M. (2000). Abuse in Elderly people: The Granny Battering revisited. *Elsevier*, 31, 215-220.
- Gomes, A. M. (2002). *População e Habitação na Região Centro – Uma Caracterização com base nos Resultados Provisórios dos Censos 2001*. Lisboa: INE. Consultado em Maio 2010, <http://www.ine.pt>.
- Gomes, M. F. (2000). *Violência e idosos em lar: alguns elementos teóricos relativos à violência*. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-745.

- Gonçalves, D. A. C. S. (2006a). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Hardin, E. & Khan-Hudson, A. (2005). Elder Abuse – “Society’s Dilemma”. *Journal of the National Medical Association*, 97, 1, 91-94.
- Heckhausen, J. (2005). Psychological Approaches To Human Development. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman, T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Aging* (pp. 181-189). Cambridge: Cambridge University.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE. Consultado em Maio 2010, <http://www.ine.pt>.
- INPEA (2007). About INPEA - objectives. Consultado em Maio 2007, <http://www.inpea.net/about.html>.
- Jones, J. S., Holstege, C. e Holstege, H. (1997). Elder Abuse and Neglect: Understanding the Causes and Potential Risk Factors. *American Journal of Emergency Medicine*, vol 15, 6, 579-583.
- Lachs, M. S. & Pillemer, K. (2004). Elder Abuse. *The Lancet*, 364, 1263-1272.
- Lachs, M. S., Williams, C., O’Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1997). Risk Factors for Reported Elder Abuse and Neglect: A nine-year Observational Cohort Study. *The Gerontologist*, 37, 4, 469-474.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.

- Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.
- Litwin, H. & Zoabi, S. (2004). A multivariate examination of explanatios for the occurrence of elder abuse. *Social Work Research*, 28,3, 133-142.
- Loureiro, M. *et al.* (2007). As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos – diagnóstico de situação. *Geriatrics*, 15, 50-58.
- Marmolejo, I. (2008). *Elder Abuse in Spain*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana Para El Estudio De La Violencia (Centro Reina Sofía). Consultado em Março 2009, <http://www.who.int/en>.
- Mercurio, A. E. & Nyborn, J. (2006). Cultural Definitions of Elder Maltreatment in Portugal. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18 (2/3), 51-65.
- Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto da Situação – Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Consultado em Maio 2010, <http://www.dgs.pt>.
- Moon, A. (2000). Perceptions of Elder Abuse Among Various Cultural Groups: Similarities and Differences. *Generations*, Summer 2000, 75-80.
- Muehlbauer, M. & Crane, P. A. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44, 43-48.
- Nações Unidas (2002). *Abuse of Older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context – Report of the Secretary-General*. New York: Nações Unidas. Consultado em Janeiro 2009, <http://www.un.org/en>.
- National Center on Elder Abuse (2005). *Fact Sheet – Elder Abuse Prevalence and Incidence*. Washington DC: National Center on Elder Abuse. Consultado em Janeiro 2009, <http://www.ncea.aoa.gov/>.

- National Research Council (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington: The National Academies Press.
- Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- OMS (2002). *Views of older persons on elder abuse*. Geneve: OMS. Consultado em Março 2009, <http://www.who.int/en>.
- OMS (2002a). Abuse of the Elderly. In WHO (Eds.), *World Report on Violence and Health*. Geneve: OMS. Consultado em Março 2009, <http://www.who.int/en>.
- OMS (2003). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Geneve: OMS. Consultado em Março 2009, <http://www.who.int/en>.
- Pasinato, M. T., Camarano, A. A. & Machado, L. (2004). *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos – Estudo Exploratório dos Serviços de Denúncia*. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambú: ABEP
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Pavlik, V. N., Hyman, D. J., Festa, N. A. & Dyer, C. B. (2001). Quantifying the problem of Abuse and Neglect in Adults – Analysis of a Statewide Database. *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 49, 1, 45-48.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Geneve: OMS. Consultado em Março 2009, <http://www.who.int/en>.
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-441.



- Phillipson, C. (1997). Abuse of older people: sociological perspectives. In P. Decalmer & F. Glendenning (Eds.), *The mistreatment of the elderly people* (pp.102-115). London: Sage Publications.
- Provedor de Justiça (2009). *Relatório à Assembleia da República – 2008*. Lisboa: Edição Provedoria de Justiça – Divisão de Documentação. Consultado em Outubro 2009, <http://www.provedorjus.pt>.
- Ramos, A. M., Kamizono, S., Fernandes, M. S. L. & Xavier F. (2005). Maus-tratos a idosos: relato de casos e comentários sobre as intervenções médicas. *Revista AMRIGS*, 49 (3), 175-177.
- Reis, M. (2000). The IOA Screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, Summer, 13-16.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Santos, C. & Ribeiro, J. P. (2001). Estudo Conservador de Adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 491-502.
- Selwood, A., Cooper, C. & Livingston, G. (2007). What is Elder Abuse – Who decides?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1009-1012.
- Shugarman, L. R., Fries, B. E., Wolf, R. S. & Morris, J. N. (2003). Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *American Geriatrics Society*, 51, 24-31.
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, 207-234.
- Sousa, L. (2006). Ciclo (final) de vida familiar. In L. Sousa, D. Figueiredo, M. Cerqueira (Eds.), *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice* (pp. 13-49). Porto: Ambar.
- Stein, K. F. (2006). What does the elder abuse field need? *The Gerontologist*, 46, 701-704).

- Thobaben, M. (2001). Mistreatment of Elders by Family Members. *Home Care Provider*, August, 112-113.
- Tomaz, R. (2008). *Personalidade e Coping em Pacientes Diagnosticados com Transtornos Alimentares e Obesidade*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Católica de Goiás.
- Tueth, M. J. (2000). Exposing Financial Exploitation of Impaired Elderly Persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 2, 104-111.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de Coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.
- Vida, S., Monks, R. C. & Rosiers, P. (2002). Prevalence and Correlates of Elder Abuse and Neglect in a Geriatric Psychiatry Service. *Can. J. Psychiatry*, 47, 5, 459- 467.
- Wolf, R. S. (2000). The nature and Scope of Elder Abuse. *Generations*, Summer 2000, 6-12.

**ANEXOS**

ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
de Coimbra*



*Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento*



*Odete Isabel Afonso Borralho*

*Coimbra*

No âmbito do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pretendemos realizar um estudo sobre as condições de vida das pessoas com 65 anos ou mais. Deste modo, este questionário serve apenas de instrumento para recolher os dados em análise.

Solicito a sua participação, bastando, para tal, responder de forma sincera às perguntas que se encontram ao longo do questionário. As informações oferecidas serão usadas única, e exclusivamente, para este estudo, sendo garantida a confidencialidade. O objectivo é conhecer o que se passa consigo em particular, para podermos perceber quais as necessidades da população da qual faz parte, e como podemos implementar medidas para ajudar.

*Se puder participar, agradecemos a sua disponibilidade.*

**Local de recolha:** \_\_\_\_\_

**I – Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer**

- |  |   |
|--|---|
| 1 – Em que dia estamos? Mês, dia, e ano? _____               | 2 – Em que dia da semana estamos? _____   |
| 3 – Em que local nos encontramos? _____                      | 4 – Qual é o seu número de telefone? _____  |
|  | 4 a – Qual é o seu endereço? (se não tem telefone)<br>_____                                     |
| 5 – Que idade tem? _____                                     | 6 – Qual é a sua data de nascimento? _____  |
| 7 – Como se chama o actual presidente da República?<br>_____ | 8 – E como se chamava o anterior?<br>_____  |
| 9 – Como se chamava a sua mãe? _____                         | 10 – Se de 20 tirarmos 3, ficam _____<br>Se tirarmos 3 ficam _____<br>Se tirarmos 3 ficam _____ |

**II – Questões Sócio-Demográficas**

<b>IDADE</b>	__    Anos	
<b>GÉNERO</b>	__  Feminino	__  Masculino
<b>ESTADO CIVIL</b>	__  Solteiro	__  Casado/União de Facto
	__  Viúvo	__  Divorciado/ Separado
<b>AGREGADO FAMILIAR</b>	__  Vive sozinho(a)	__  Vive com o cônjuge
	__  Vive com filhos(as)	__  Outro: _____
<b>RECEBE APOIO DOMICILIÁRIO?</b>	__  Sim	__  Não
<b>ESCOLARIDADE</b>	__  Analfabeto	__  1º Ciclo
	__  2º Ciclo	__  3º Ciclo
	__  Ensino Secundário	__  Ensino Superior

<b>QUE MEIOS DE SUBSISTÊNCIA TEM?</b>	__  Pensão/Reforma	__  Rendas
	__  Depende de outrem	__  Outro: _____
<b>SÃO-LHE SUFICIENTES?</b>	__  Sim	__  Não
<b>FREQUENTA CENTROS DE APOIO NA COMUNIDADE?</b> (exemplo: Centros de Dia; Universidades da Terceira Idade)	__  Sim	__  Não

**III – Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)** - Carney, Kahan & Paris, 2003; Adaptado por Ferreira-Alves, Sousa & Borralho, 2008

1- Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços?	__  Sim	__  Não
2- No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo?	__  Sim	__  Não
3- Actualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo?	__  Sim	__  Não
4- Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la?	__  Sim	__  Não
5- As pessoas que vivem consigo ou a pessoa que cuida de si, depende de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro?	__  Sim	__  Não
6- No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?	__  Sim	__  Não
7- Actualmente sente-se sozinho(a)?	__  Sim	__  Não
8- No último ano alguma vez foi ameaçado(a) de que seria castigado(a) ou privado(a) das coisas que gosta, ou ainda de que seria posto(a) num lar para pessoas idosas?	__  Sim	__  Não
9- No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado(a) por alguém quando o que esperava era que falassem ou conversassem consigo?	__  Sim	__  Não
10- No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer?	__  Sim	__  Não
11- Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:		
	- Discussões verbais violentas  __	
	- Conversações tranquilas  __	
	- Agressões físicas  __	
	- Ameaças  __	
	- Abandono/isolamento  __	

- Não surgem conflitos |\_\_|

- Outros: \_\_\_\_\_

12- Actualmente sente medo de alguém na sua casa?

|\_\_| Sim |\_\_| Não

13- No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém?

|\_\_| Sim |\_\_| Não

14- No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto?

|\_\_| Sim |\_\_| Não

15- No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão?

|\_\_| Sim |\_\_| Não

#### **IV – Atitude face ao abuso**

Para quem respondeu afirmativamente a pelo menos um dos indicadores: Que atitude tomou em relação a essa situação?

1- Não fez nada/ passividade |\_\_| Sim |\_\_| Não

2- Respondeu com agressividade |\_\_| Sim |\_\_| Não

3- Procurou auxílio |\_\_| Sim |\_\_| Não

Que tipo de auxílio? \_\_\_\_\_

#### **V – Geriatric Depression Scale (GDS 15) de Yesavage**

1- Está satisfeito(a) com a sua vida? |\_\_| Sim |\_\_| Não

2- Sente a sua vida vazia? |\_\_| Sim |\_\_| Não

3- Fica muitas vezes aborrecido(a)? |\_\_| Sim |\_\_| Não

4- Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar? |\_\_| Sim |\_\_| Não

5- Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? |\_\_| Sim |\_\_| Não

6- Sente-se feliz a maior parte do tempo? |\_\_| Sim |\_\_| Não

7- Sente-se muitas vezes desamparado(a)? |\_\_| Sim |\_\_| Não

8- Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)? |\_\_| Sim |\_\_| Não

9- Acha que tem mais dificuldades de memória do que a maioria das pessoas? |\_\_| Sim |\_\_| Não

10- Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)? |\_\_| Sim |\_\_| Não

11- Sente-se inútil? |\_\_| Sim |\_\_| Não

12- Acha a sua vida interessante? |\_\_| Sim |\_\_| Não

13- Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? |\_\_| Sim |\_\_| Não

14- Sente muitas vezes vontade de chorar? |\_\_| Sim |\_\_| Não

15- Tem dificuldade em se concentrar? |\_\_| Sim |\_\_| Não

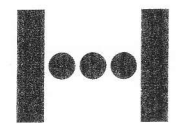


ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética

- Autorizado  
- Informar o Investigador

11/09/08

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra



SERVIÇOS CENTRAIS  
CENTRO HOSPITALAR COIMBRA

Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula de Sousa  
Vogal Executiva do conselho de Administração do  
C.H.C., E.P.E

V/Ref.	Sua comunicação de	Data	Nossa Referência
		10-09-2008	51/08

**Assunto: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO – “MAUS-TRATOS NOS IDOSOS”**

Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula de Sousa:

Prestados os esclarecimentos solicitados, entende esta Comissão que eticamente não existe nada a opor à realização do estudo supra referido.

Com os melhores cumprimentos

A Presidente da Comissão de Ética do  
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

  
(Dr.<sup>a</sup> Natália Moreira)



11-09-08 06953 C.H.C. P.M.N.C.H.O.

SERVIÇOS CENTRAIS  
DO CENTRO HOSPITALAR  
DE COIMBRA

Quinta dos Vales  
S. Martinho do Bispo  
3041-853 COIMBRA  
Tel. 239 800 100  
Fax 239 442 620

HOSPITAL GERAL DA C.  
PORTUGUESA DO BRASIL

Quinta dos Vales  
S. Martinho do Bispo  
3041-853 COIMBRA  
Tel. 239 800 100

HOSPITAL PEDIÁTRICO  
DE COIMBRA

Avenida Bissaya Barreto  
3000-078 COIMBRA  
Tel. 239 480 300

MATERNIDADE  
BISSAYA BARRETO

Rua Augusta  
3000-061 COIMBRA  
Tel. 239 480 400

APARTADO 7005  
3041-853 COIMBRA

www.chc.mn-saude.pt

ANEXO III – Minuta do Consentimento Informado

## Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pretendemos realizar um estudo sobre as condições de vida das pessoas com 65 anos ou mais, investigando a ocorrência de situações que se podem classificar como penosas ao nível físico, emocional e até financeiro. Este será um estudo importante, tendo em conta que a população com 65 anos ou mais está em crescimento considerável no nosso país e cabe-nos tentar caracterizá-la para perceber os seus problemas e carências. Deste modo, este questionário serve apenas de instrumento para recolher os dados em análise.

Solicito a sua participação, bastando, para tal, responder de forma sincera às perguntas que se encontram ao longo do questionário. A sua participação será voluntária, não existindo quaisquer consequências pela recusa em participar. As informações oferecidas serão usadas única, e exclusivamente, para este estudo, sendo garantida a confidencialidade. O objectivo é conhecer o que se passa consigo em particular, para podermos perceber quais as necessidades da população da qual faz parte, e como podemos implementar medidas para ajudar.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigado por dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ tomei conhecimento do objectivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar e que a minha recusa em participar não terá consequências para mim.

Assim declaro que aceito participar na investigação

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2009.