

Qualidade de Vida e Maus-tratos do Idoso na Comunidade

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Eduarda Sofia Vieira Fernandes

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

Setembro | 2011

Ma

Qua

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



T/M Uma
364
FER Qua

70 511

UNIVERSIDADE DA MADEIRA
SECTOR DE DOCUMENTAÇÃO
E ARQUIVO

Qualidade de Vida e Maus-tratos do Idoso na Comunidade

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Eduarda Sofia Vieira Fernandes

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTAÇÃO
Maria João Barreira Rodrigues

SIGLAS

AIVD – Actividades instrumentais da vida diária

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AVD – Actividades da vida diária

CSSM – Centro de Segurança Social da Madeira

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PJ – Polícia Judiciária

PSP – Polícia de Segurança Pública

RAM – Região Autónoma da Madeira

UMa – Universidade da Madeira

ABREVIATURAS

ed. – edição

n.º - número

p. – página

pp. - páginas

v. – volume

Vamos festejar a inveja, a intolerância e a incompreensão. Vamos festejar a violência e esquecer a nossa gente, que trabalhou honestamente a vida inteira e agora não tem mais direito a nada. Vamos celebrar a aberração de toda a nossa falta de bom senso. Nosso descaso por educação.

Renato Russo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que sempre me acompanharam e contribuíram para a minha evolução pessoal e profissional e me têm apoiado incondicionalmente ao longo deste percurso de vida, estando sempre ao meu lado nas horas mais difíceis.

Ao meu namorado que me tem ajudado e dado forças para continuar a lutar pelo que realmente anseio e me tem acompanhado sem nunca me deixar desistir, pelo seu amor, dedicação e companheirismo.

Ao meu irmão que contribui à sua maneira para me encorajar e auxiliar.

A toda a minha família e verdadeiros amigos.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer, com muita gratidão e apreço, a toda a minha família, aos meus pais, Manuel Fernandes e Maria do Céu Fernandes, ao meu irmão, Eduardo Fernandes e ao meu namorado, Marco Lopes por estarem sempre presentes.

Aos meus amigos, em especial à Verónica Faria e à Mara Teles que me deram ânimo nesta trajectória de dois anos e me reavivaram quando as forças pareciam faltar.

À minha orientadora, a Exma. Sra. Prof.^a Dr.^a Maria João Barreira Rodrigues e à minha co-orientadora, a Exma. Prof.^a Maria Clementina Freitas Nóbrega Morna pelo apoio, esclarecimentos, sugestões e orientações prestadas ao longo da elaboração do presente trabalho e pela oportunidade que me deram de o desenvolver.

À Exma. Sra. Dra. Lígia Carvalho Pereira, coordenadora dos Centros Sociais Municipais de Santana, e ao Exmo. Sr. Presidente da Associação Santana Cidade Solidária, Sr. Dr. Rui Moisés, pela oportunidade que me facultou para realizar o estudo nos Centros Sociais Municipais do Concelho.

À Dra. Sofia Silva e à Dra. Ana Gouveia a minha eterna gratidão pelo auxílio prestado no preenchimento de parte dos instrumentos de recolha de dados.

O meu agradecimento ao Exmo. Sr. Dr. Alexandre Pereira pela elucidação de algumas questões relativas ao tratamento estatístico e pelo apoio incondicional prestado.

Aos autores e tradutores dos instrumentos de recolha de dados utilizados, as suas breves respostas e explanações, em especial ao Exmo. Sr. Professor Doutor José Ferreira-Alves que se mostrou sempre disponível e facultou com muita gentileza alguns documentos de relevo para o presente trabalho.

Ao Sr. José Félix Duque da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, que me encaminhou facultando-me informações úteis aquando do começo deste trabalho.

Ao CITMA a colaboração financeira prestada, e à UMa por nos facultar esta excelente oportunidade de progressão académica nas áreas mais relevantes para a Região Autónoma da Madeira bem como para fora dela.

O meu muito obrigado a todos os idosos inscritos nos Centros Sociais que participaram no meu estudo, pela sua disponibilidade e amabilidade.

Estendo ainda a minha gratidão a todos os funcionários dos Centros Sociais que me acolheram e a todos aqueles que contribuíram, de uma maneira ou de outra, para que a minha investigação se pudesse realizar nas melhores condições.

RESUMO

O presente estudo acerca dos maus-tratos e qualidade de vida no idoso tem como objectivos avaliar a influência do risco do abuso ou negligência na qualidade de vida dos idosos; avaliar o risco de abuso e/ou negligência e avaliar a qualidade de vida dos idosos no contexto comunitário.

Optou-se pela investigação quantitativa do tipo descritiva-exploratória, de natureza transversal, a 48 indivíduos de ambos os géneros com 65 e mais anos, inscritos nos três Centros Sociais Municipais de Santana. O critério de exclusão de maior relevo foi a incapacidade cognitiva para responder oralmente às questões, para essa avaliação aplicou-se o Mini Mental State Examination (MMSE).

A amostra foi do tipo não-probabilístico por conveniência à qual foram aplicados os seguintes instrumentos: o questionário sócio-demográfico; a versão portuguesa do WHOQOL-Bref (avalia a qualidade de vida); o H-S/EAST (identifica o risco de violência contra o idoso) e as perguntas de eliciação de abuso ou negligência a adultos idosos (determina as condições de vida dos adultos idosos).

A maioria dos inquiridos são do género feminino (79,2%) e a idade média é de 73,86 anos com um desvio padrão de 5,9. A maioria são casados (homens: 70%; mulheres: 31,6%) ou viúvos (homens: 20%; mulheres: 52,6%).

Relativamente à qualidade de vida, obteve-se a média mais elevada nas subescalas das relações sociais, psicológico, meio ambiente, geral e físico. Os valores dos resultados da avaliação do risco de abuso (H-S/EAST) indicaram alta prevalência de situações de risco potencial, risco de abuso directo e vulnerabilidade ao abuso. Quanto à eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos obtiveram-se resultados que determinam que a maioria da amostra possui um ou mais indicadores de abuso (entre 0 a 6) sendo as formas mais frequentes o abuso emocional e a negligência, seguindo-se o abuso financeiro e o abuso físico. Concluiu-se que quanto maior o risco de maus-tratos menor a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Adulto idoso, risco de abuso, eliciação do abuso ou negligência, qualidade de vida.

ABSTRACT

The current research about mistreatment and quality of life in the elderly aims to evaluate the influence of the risk of abuse or neglect in the quality of life of older people, assess the risk of abuse and/or neglect and assess the quality of life for seniors in the community context.

A quantitative research was carried out, of descriptive-exploratory type and cross-cutting nature, to 48 individuals of both genres with 65 years old or more, users of three Social Municipal Centers of Santana. The more prominent exclusion criterion was the cognitive impairment of orally answer to the questions of this study, this evaluation was done through the application of Mini Mental State Examination (MMSE).

The sample was non-probabilistic by convenience in which were applied the following instruments: the socio-demographic questionnaire, the Portuguese version of the WHOQOL-Bref (evaluates the quality of life), the HS/EAST (identifies the risk of violence against the elderly) and eliciting questions from abuse or neglect of older adults (determines the living conditions of older adults).

Most respondents are female (79.2%) and mean age is 73.86 years old with a standard deviation of 5.9. Most are married (men: 70%; female: 31.6%) or widowed (men: 20%; female: 52.6%).

About the quality of life, the highest average was obtained on the social, psychological, environmental, general and physical subscales. The results of the risk of abuse evaluation (HS / EAST) indicated a high prevalence of potential risk, the risk of direct abuse and vulnerability to abuse. The results obtained for the elicitation of abuse or neglect of older adults determine that the majority of the sample has one or more indicators of abuse (from 0 to 6), being the emotional abuse and neglect the most frequent, followed by financial and physical abuse. We concluded that the greater the risk of abuse, lower the quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly, risk of abuse, eliciting abuse or neglect, life quality.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| <i>Introdução</i> | 1 |
| <i>Parte I - Fundamento Teórico</i> | 5 |
| <i>Capítulo I – Envelhecimento e Demografia</i> | 7 |
| 1.1. Envelhecimento e Velhice | 9 |
| 1.2. Envelhecimento Demográfico | 11 |
| 1.2.1. Dados Demográficos do Concelho de Santana | 11 |
| <i>Capítulo II – Maus-Tratos no Idoso</i> | 15 |
| 2.1. Tipos de Maus-Tratos | 17 |
| 2.2. Indicadores de Maus-Tratos | 20 |
| 2.3. Factores de Risco e Consequências | 23 |
| 2.4. Estratégias de Diagnóstico e Intervenção | 29 |
| 2.5. Estratégias de Prevenção | 31 |
| 2.6. Avaliação de Maus-Tratos | 34 |
| 2.7. Prevalência e Incidência dos Maus-Tratos na População Idosa | 35 |
| 2.8. Consequências Jurídicas | 37 |
| 2.9. Recursos existentes em Portugal | 38 |
| 2.9.1. Recursos e Serviços na RAM | 40 |
| <i>Capítulo III – Qualidade de Vida no Idoso</i> | 41 |
| 3.1. Aspectos Históricos | 43 |
| 3.2. Conceptualização da Qualidade de Vida | 44 |
| 3.3. Qualidade de Vida na Velhice | 48 |
| 3.4. Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa | 53 |
| <i>Parte II – Componente Prática</i> | 57 |
| <i>Capítulo IV - Metodologia</i> | 59 |
| 4.1. Metodologia | 61 |

| | |
|--|-----|
| 4.1.1. Objectivos | 61 |
| 4.1.2. População e amostra | 62 |
| 4.1.3. Variáveis | 62 |
| 4.1.4. Local | 65 |
| 4.1.5. Limitações | 66 |
| 4.1.6. Procedimento de Recolha de Dados | 67 |
| 4.1.7. Procedimentos Éticos | 68 |
| 4.1.8. Tratamento Estatístico | 69 |
| Capítulo V – Resultados | 71 |
| 5.1. Caracterização da amostra | 73 |
| 5.2. Qualidade de vida | 76 |
| 5.3. Risco de abuso e eliciação do abuso ou negligência | 79 |
| 5.4. Qualidade de vida, risco de abuso e eliciação ao abuso ou negligência | 84 |
| Capítulo VI – Discussão de Resultados e Sugestões | 87 |
| Referências Bibliográficas | 97 |
| Anexos | 109 |
| Anexo I | 111 |
| Anexo II | 117 |
| Anexo III | 127 |
| Anexo IV | 133 |
| Anexo V | 137 |
| Anexo VI | 141 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela I – <i>Frequências do gênero e classe etária por gênero</i> | 73 |
| Tabela II – <i>Frequências do estado civil e agregado familiar por gênero</i> | 74 |
| Tabela III – <i>Frequências da profissão, escolaridade, meios de subsistência e morada por gênero</i> | 75 |
| Tabela IV – <i>Frequências das visitas e passatempos por gênero</i> | 76 |
| Tabela V – <i>Avaliação da saúde</i> | 76 |
| Tabela VI – <i>Estatística descritiva da qualidade de vida (WHOQOL-Bref)</i> | 77 |
| Tabela VII – <i>Distribuição da qualidade da vida (WHOQOL-Bref)</i> | 77 |
| Tabela VIII – <i>Diferenças na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e gênero</i> | 78 |
| Tabela IX – <i>Diferenças na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e visitar ou receber visitas</i> | 78 |
| Tabela X – <i>Diferenças na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e grupo etário</i> | 79 |
| Tabela XI – <i>Estatística descritiva do risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos (QEEA)</i> | 79 |
| Tabela XII – <i>Risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA) por gênero</i> | 81 |
| Tabela XIII – <i>Distribuição do risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA)</i> | 82 |
| Tabela XIV – <i>Diferenças no risco de abuso (H-S/EAST), eliciação do abuso ou negligência (QEEA) e gênero</i> | 82 |
| Tabela XV – <i>Risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA) e visitar ou receber visitas</i> | 83 |
| Tabela XVI – <i>Risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA) e grupos etários</i> | 84 |
| Tabela XVII – <i>Correlações da qualidade de vida e risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação ao abuso ou negligência (QEEA)</i> | 85 |
| Tabela XVIII – <i>Correlação da percepção da saúde com a satisfação com a mesma</i> | 85 |

Introdução

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se vindo a verificar um aumento significativo da população idosa e com ele surgem questões relativas às mais diversas áreas e que preocupam a maioria dos investigadores, entre elas estão a qualidade de vida e os maus-tratos.

Deste modo, pretende-se que esta investigação constitua um meio de alerta para os maus-tratos praticados e para uma avaliação mais aprofundada da qualidade de vida na terceira idade e a relação existente entre estes dois factores. Almeja-se também determinar a presença de indicadores de risco de abuso ou de eliciação ao abuso ou negligência (que poderão não confirmar a existência do mesmo apesar dos indicadores) e avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas associando estas duas variáveis com as variáveis de saúde e sociodemográficas.

O estudo será realizado a pessoas idosas com 65 e mais anos que frequentam os Centros Sociais Municipais de Santana.

Os maus-tratos praticados na comunidade são um problema que influencia a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de toda a população. Torna-se pertinente dar relevo ao tema na Região Autónoma da Madeira, conhecendo a situação real dos idosos, e favorecer a criação de estruturas e acções que possibilitem a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida e a protecção aquando da ocorrência de qualquer um dos tipos de maus-tratos ou de existência de factores de risco aos quais alguns idosos se encontram expostos.

O tema escolhido teve por base as áreas de intervenção do Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009-2013) que são três: o envelhecimento activo, as dependências e segurança e a capacitação e formação específica. O referido Plano considera a violência contra o idoso uma área importante dentro do eixo de intervenção das dependências e segurança e tem como objectivo estratégico promover num contexto intersectorial, um ambiente físico e sócio-familiar capacitador da autonomia e de independência no idoso. O Plano indica que o envelhecimento activo engloba a melhoria da saúde, da participação e da segurança para uma melhor qualidade de vida do idoso.

A falta de preparação que muitas instituições, famílias e comunidade têm para lidar com o envelhecimento no que respeita a questões sociais e psíquicas tem contribuído para aumentar o sofrimento socialmente aplicado ao idoso. Muitas vezes quando este sofrimento acontece em meio doméstico, afectando os membros mais

frágeis como é o caso do idoso, raramente é registado. Esta situação acontece em grande parte quando existem diferentes gerações a conviver na mesma casa.

A terceira idade é uma faixa etária que continua a ser subvalorizada socialmente e por conseguinte com uma representação pouco abonatória provocando consequências negativas na qualidade de vida dos idosos. Estes são considerados inactivos e economicamente dependentes, sendo desvalorizados por uma comunidade que teme a doença e a morte, tornando o processo de envelhecimento cada vez mais penoso.

A prevenção primária de possíveis maus-tratos e a intervenção nos casos já existentes torna-se relevante. Para agir activamente é preciso conhecer, sendo o conhecimento a base para a prevenção e resolução das situações.

Optou-se por efectuar uma divisão do trabalho em duas partes. Sendo que a primeira corresponde ao fundamento teórico que engloba três capítulos e a segunda parte corresponde à componente prática que engloba três capítulos.

Apresentar-se-á no capítulo I o envelhecimento e a demografia, fazendo-se uma breve alusão ao Concelho de Santana, local onde decorre o estudo.

O capítulo II explanará os maus-tratos ao idoso, dentro deste capítulo abordar-se-á os tipos de maus-tratos, os indicadores de maus-tratos, os factores de risco e consequências, estratégias de diagnóstico e intervenção, as estratégias de prevenção, a avaliação dos maus-tratos, prevalência e incidência dos maus-tratos na população idosa, consequências jurídicas, recursos e serviços existentes na RAM.

No III capítulo englobar-se-á a qualidade de vida no idoso que incluirá aspectos históricos, a conceptualização da qualidade de vida, a qualidade de vida na velhice e a avaliação da qualidade de vida na população idosa

No capítulo IV, correspondente à componente prática, explanar-se-á a metodologia na qual se incluem a delimitação do problema, o tipo de investigação, a questão, os objectivos, a população e amostra, as variáveis e a operacionalização das mesmas, o local, as limitações, o procedimento de recolha de dados, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico.

O capítulo V inclui os resultados no que dita à caracterização da amostra, à qualidade de vida, ao risco de abuso e eliciação do abuso ou negligência e à relação entre a qualidade de vida e o risco de abuso e eliciação do abuso ou negligência. Apresentar-se-á também a análise de diferenças no risco de abuso e na qualidade de vida dependendo do grupo etário, do género e de receber ou não visitas.

Por último, no capítulo VI apresentar-se-á a discussão de resultados e sugestões da presente investigação.

1^a PARTE

FUNDAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

Envelhecimento e Demografia

1.1. ENVELHECIMENTO E VELHICE

Conforme Trentini, Chachamovich e Fleck (2008), o processo de envelhecimento engloba mudanças físicas, cognitivas e comportamentais que ocorrem em determinados domínios e períodos de tempo.

Segundo Carvalho Filho (1996), citado por Silva (2009), o envelhecimento não tem de ser necessariamente patológico, devendo ser encarado como uma etapa natural do desenvolvimento. Todo o organismo do sujeito sofre um decréscimo na reserva funcional, quando deparado com situações de sobrecarga funcional, provocado por um processo degenerativo, progressivo e de carácter irreversível que advém da redução da capacidade de adaptação homeostática.

O autor supracitado defende que para além das complicações que o processo degenerativo provoca, também é possível existir uma vida normal na velhice (senescência). Quando o organismo envelhecido sofre situações de sobrecarga funcional continuada pode não se conseguir adaptar favorecendo o desenvolvimento de um processo patológico agudo ou predominantemente crónico (senilidade).

Segundo Fontaine (2000), os sujeitos para além de terem diferentes maneiras de envelhecer entre si, possuem, de acordo com a gerontologia, várias idades em simultâneo: a idade cronológica (número de anos vividos desde o nascimento); a idade biológica (condição e estado do corpo); a idade social (regras e expectativas sociais; caracteriza os idosos quanto aos seus direitos como cidadão conferindo-lhes tarefas); a idade cultural (fenómeno da cultura em que o idoso está inserido) e a idade filosófica (concepções e valores nos quais a vida se baseia) (Terra e Cunha, 2001).

A OMS classifica o fenómeno do envelhecimento em quatro estágios: dos 45 aos 59 anos - meia-idade; dos 60 aos 74 anos – idoso; dos 75 aos 90 anos - ancião e com 90 e mais anos - velhice extrema.

O envelhecimento é considerado um processo/ciclo biológico, com consequências sociais e psicológicas interdependentes, no qual ocorrem diversas mudanças estruturais e funcionais no corpo (Okuma, 1998, citado por Silva, 2009).

O envelhecimento engloba particularidades psicossociais que abrangem um grupo de factores, tais como: a independência dos filhos; a viuvez; a aposentação que provoca o desengajamento social; as patologias; a perda da autonomia e a perda da independência. Todas as situações mencionadas exigem que o idoso se tenha de adaptar e adquirir novos papéis e comportamentos. O incremento do desempenho social vai de-

pendar da forma como estas situações são enfrentadas e gerenciadas numa tentativa de resolução das mesmas (Zimerman, 2000, citado por Silva, 2009).

As actividades psicossociais dizem respeito aos relacionamentos interpessoais, às actividades e aos interesses de cada sujeito. A energia psíquica despendida nos mesmos diminui quando ocorrem pressões da realidade: perdas físicas decorrentes de patologias, o luto, a depressão, o luto de si mesmo e a não-aceitação da finitude da vida. (Domingues, 1997 e Gavião, 1997, citados por Silva, 2009).

Segundo Silva (2009), o envelhecimento social provoca uma mudança no *status* do idoso e no relacionamento que este mantém com as outras pessoas em função da crise de identidade, da crise de autonomia, da crise de pertença, da aposentadoria e trabalho, da família e das relações afectivas e de perdas diversas.

A crise de identidade ocorre quando o idoso se depara com a ausência do papel social e quando as suas potencialidades presentes e passadas não são reconhecidas pela sociedade fazendo com que estes sintam perda da auto-estima e isolamento social. A pessoa mais velha precisa de formular novas relações consigo mesma, com os outros que a rodeiam bem como com o mundo dos valores, conseguindo desta forma aceitar-se como é e estar de bem com a vida para poder usufruir de uma vida saudável e com qualidade.

A crise de autonomia explica-se pelo facto do idoso ter receio de vir a ser dependente e sem capacidade de retribuir a ajuda que lhe oferecem, havendo ainda a ideia de que os jovens devem ser activos e proporcionar benefícios enquanto os idosos devem ser pacientes e aceitá-los.

A crise de pertença refere-se à necessidade que o idoso tem de estabelecer novas relações com a sociedade uma vez que os seus papéis desempenhados a nível social, familiar e profissional alteram-se com o envelhecimento.

Com a chegada da aposentadoria existe uma perda de rendimentos acompanhada, em muitos casos, de uma perda de identidade social dado que a profissão está ubíqua em toda a vida activa e muitas vezes confunde-se com a própria vida. É pela identidade profissional que o sujeito se apresenta e se reconhece ocupando um lugar na organização social e a aposentadoria termina o ciclo de trabalho e retira esta marca, presente por tantos anos, ao indivíduo.

Quanto à família e às relações afectivas, o membro mais idoso usualmente deixa que, gradualmente, os familiares e as pessoas mais jovens tomem decisões sobre aspectos centrais da sua vida. Devem ser considerados os efeitos da autoridade na subjectividade do idoso que poderá deixar esta situação acontecer devido a doença, pobreza e/ou

fragilidade emocional. O facto de não ser o idoso a tomar decisões sobre a sua vida pode causar comportamentos de auto-afirmação, rabugice, agressividade e obstinação ou, pelo contrário, dependência excessiva, o que prejudicará ainda mais acentuadamente as relações familiares. Caldas (1998), citado por Silva (2009), indica que os problemas familiares, principalmente nas mulheres devido à maior longevidade, tornam-se mais evidentes com a perda do cônjuge. O idoso fragilizado pelo luto e a dificuldade em recompor e reconstruir a vida afectiva nesta faixa etária pode reduzir as possibilidades de contactos sociais e piorar debilidades físicas e emocionais, reforçando a sua situação de conforto com a morte.

As perdas diversas dizem respeito às perdas de independência, autonomia e de saúde. As transformações físicas, de acordo com Silva (2009), referem-se às principais alterações anatómicas e funcionais que actualmente são atribuídas unicamente ao processo individual de envelhecimento. Estas alterações conjugam-se com as transformações psíquicas e sociais, uma vez que o envelhecimento não é apenas um fenómeno biológico, mas sim biopsicossocial e espiritual. A espiritualidade para os mais velhos é uma das áreas mais esquecidas no campo do envelhecimento, o idoso tem direito a assistência espiritual conforme a sua religião.

O envelhecimento bem-sucedido depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo que lhes permitirá lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento (Terra e Cunha, 2001).

Envelhecer bem não tem uma norma comum devido à complexidade dos elementos envolvidos mas é essencial que seja promovida a saúde física ao longo do percurso de vida e uma educação permanente na vida adulta e na velhice. Outra situação comum a evitar é a visão estreita e fatalista que faz com que o idoso sinta e aja de acordo com a idade cronológica quando começa o processo de envelhecimento (Terra e Cunha, 2001).

1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1.2.1. Dados Demográficos do Concelho de Santana

O INE (2002) define os idosos como todos os homens ou mulheres que possuem 65 ou mais anos. O envelhecimento, de acordo com a mesma fonte, pode ser considerado sob as perspectivas individual (aumento da esperança média de vida ao nascimento)

e a demográfica (aumento em detrimento da população jovem e/ou da população activa da percentagem de pessoas idosas na população total).

A percentagem de idosos tem vindo a aumentar ao longo dos anos, ultrapassando a proporção de jovens. A taxa média anual de crescimento da população idosa, em Portugal, é mais elevada que a da população geral. As Regiões da Madeira e dos Açores foram as que indicaram níveis mais reduzidos de *Índices de Envelhecimento* comparativamente ao restante País (Correia, 2003).

Conforme defende Oliveira (2008), têm ocorrido dois tipos de envelhecimento nos últimos anos: pelo estreitamento na base com uma redução de jovens e pelo alargamento no topo com o aumento do número de idosos. Uma característica da população envelhecida é a pirâmide passar de uma forma triangular à forma de losango, o que é denominado de inversão da pirâmide etária (Correia, 2003).

O envelhecimento demográfico tem consequências a nível social, a nível da saúde e a nível económico. O envelhecimento tem ainda consequências a nível político, cultural e na ciência teórica e aplicada (Oliveira, 2008).

Tendo em conta que a recolha de dados da presente investigação decorreu no Concelho de Santana, far-se-á uma breve descrição demográfica deste Concelho.

A população residente no Concelho de Santana em 2009 era de 8198 habitantes. Destes, 1665 correspondiam à população com 65 e mais anos (Anuário Estatístico da Região Autónoma da Madeira, 2010). Nos resultados preliminares do Censos 2011 o número de habitantes residentes era de 8804 em 2001 e em 2011 de 7795, o que demonstra uma diminuição significativa da população. A maior parcela corresponde às mulheres que são 1101, sendo os homens apenas 564. As pessoas com 75 e mais anos são 853 sendo 283 homens e 570 mulheres.

Em 2009 o *Índice de Envelhecimento* em Santana era o mais elevado da Região, correspondendo a 168,4 tendo o mais baixo 40,5 em Câmara de Lobos (Anuário Estatístico da Região Autónoma da Madeira, 2010).

O *Índice de Dependência de Idosos* correspondia a 30, sendo o terceiro mais elevado da RAM.

O *Índice de Longevidade* era de 51,2 o que indica que Santana é o terceiro concelho com o índice mais elevado.

Quanto à *Relação de Masculinidade*, esta é de 86,1 sendo a quinta mais elevada.

Os *óbitos* foram 124: 62 homens e igual número de mulheres.

O valor médio anual das pensões, em 2009 neste município, era de €3294, sendo a de invalidez €3738; a de velhice €3847 e a de sobrevivência €1938.

O número de pensionistas da Segurança Social, em 2009, foi de 3007, o número de pensionistas com pensão de invalidez 348; com pensão de velhice 1809 e com pensão de sobrevivência 850.

Os beneficiários do *Rendimento Social de Inserção* neste Conselho com 55 e mais anos foram 59.

Capítulo II

Maus-Tratos no Idoso

2.1. TIPOS DE MAUS-TRATOS

Na literatura consultada existem diversas definições de violência, abuso e maus-tratos ao idoso. Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) referem que um dos maiores desafios da década de 1990 foi o assunto da terminologia, década em que se iniciaram os estudos internacionais mais sistematizados sobre violência contra os idosos.

Os termos violência, maus-tratos e abuso são utilizados, muitas vezes, de forma indiferenciada quer na literatura quer nos meios de comunicação social. Optou-se, ao longo do presente trabalho utilizar estes termos também de forma indiferenciada, uma vez que na literatura consultada é bem visível a utilização dos três termos sem qualquer distinção. No entanto, consideramos relevante distinguir os três termos a título de referência.

Flynn e Krothe (1999) indicam que a palavra “violência” é derivada do latim e possui como significados “ultrajar, agredir ou violar”.

Segundo a OMS, os maus-tratos à pessoa idosa são entendidos como: “um acto único e repetido, ou ainda falta de resposta adequada, que causa danos ou sofrimento a uma pessoa idosa e que ocorre sem qualquer relação em que se tem uma expectativa de confiança” (Duarte e Barbosa, 2011, p. 193 e National Center on Elder Abuse, citado por Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, 2009, p. 307).

Magalhães (2010) afirma que em Portugal o conceito de “violência doméstica” diz respeito à violência exercida pelo marido ou companheiro contra a mulher e o conceito de “maus-tratos” é mais utilizado no que dita à violência realizada contra crianças e idosos. A diferença entre estes termos reside principalmente nos contextos em que têm lugar.

Assim sendo, a violência doméstica é considerada um comportamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, que resulta de relacionamentos interpessoais com disfunções e/ou carências desenvolvendo-se no seio de uma relação na qual a vítima é dependente física, emocional e/ou psicologicamente e o abusador detém confiança e poder (exercido de forma arbitrária), fazendo parte do mesmo agregado familiar, quer habite ou não com a vítima, possuindo uma relação familiar com a vítima no sentido mais amplo, não sendo relevante o género e a idade da vítima ou do agressor.

Os maus-tratos, aprecia Magalhães (2010), também estão ligados a comportamentos do mesmo género mas acontecem numa relação institucional ou de cuidado.

O conceito de abuso engloba os conceitos de violência doméstica e de maus-tratos. Define qualquer comportamento adoptado por um indivíduo no contexto de uma

relação especial de proximidade e confiança (familiar ou não) para dominar e controlar o outro. Esta relação caracteriza-se pela dependência afectiva, económica e/ou física, vulnerabilidade e submissão por parte da vítima para com o abusador com poder e, muitas vezes, com responsabilidade pela vítima. Estes factos (patologia de interacção) dificultam a implementação de medidas que visam a identificação, diagnóstico, tratamento e prevenção do abuso (Magalhães, 2010).

Existem muitos tipos de abuso que podem ser descritos como “cuidado inadequado”, ou seja, quando as necessidades de cuidado pessoal do idoso não são atendidas (Bennet e Ebrahim, 1995).

A dimensão de género não é incorporada nas definições de violência apesar de esta ser apontada como um factor de risco para o abuso (Salber e Taliaferro, 1995 e Whal, 1998 citados por Grossi e Arsego, 2001).

Existem diversos tipos de violência e sobre os quais a maioria dos autores são consensuais. Duarte e Barbosa (2011) defendem que a violência física se traduz em golpes, empurrar, restringir, queimar, forçar a alimentação e utilizar a medicação de forma inadequada (sub ou sobre-medicação). Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) acrescentam que este tipo de violência traduz-se no uso de força física que pode produzir lesão, dor, ferida ou incapacidade.

A violência psicológica/emocional pode ocorrer sob a forma de ameaças, insultos, intimidação, humilhações no cuidado e/ou indiferença, isolamento social intencional e a falta de respeito pelas decisões, ideias ou crenças (Duarte e Barbosa, 2011). Também poderá ocorrer sob a forma de infantilização do idoso e privação de informações (Grossi e Arsego, 2001). Este tipo de violência corresponde à acção de infligir pena, dor ou angústia através de expressões verbais ou não-verbais (Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, 2009).

A violência sexual concretiza-se ao obrigar a vítima a realizar actos sexuais ao agressor, violação e realização de fotografias de carácter sexual (Duarte e Barbosa, 2011), ou seja, consiste num contacto sexual não consentido (Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, 2009). Pritchard (1996), citado por Easton (1999), refere três situações comuns de casos de violência sexual: um historial de incesto (entre um filho e uma mãe); situações conjugais e o abuso de um idoso homossexual por um homem mais novo da comunidade.

Segundo Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) a violência financeira ou material é a exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido de recursos financeiros

do idoso. Esta consiste em adquirir, sem autorização, dinheiro, jóias e/ou falsificar assinaturas, obrigar a assinar documentos e usar inapropriadamente a tutela e a ocupação do domicílio (Duarte e Barbosa, 2011 e Grossi e Arsego, 2001).

Por fim, a negligência é definida como a não satisfação das responsabilidades no cuidar do idoso, falhando na execução das mesmas ou rejeitando-as. O abandono refere-se à não prestação dos cuidados necessários ao idoso devido à ausência ou deserção da pessoa responsável por ele. O auto-abandono ou autonegligência é quando a pessoa idosa possui uma conduta que põe em causa a sua própria saúde ou segurança, recusando ou fracassando no provimento do cuidado adequado a si próprio (Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, 2009). A negligência/abandono ocorre quando, tendo condições para tal, não forem fornecidas medidas económicas ou cuidados básicos como comida, hidratação, higiene pessoal, administração de medicamentos, conforto, protecção e vigilância de possíveis situações perigosas (Duarte e Barbosa, 2011), negação da assistência médica básica e isolar o idoso de qualquer forma de suporte social (visitas de amigos) (Grossi e Arsego, 2001).

De acordo com Berger (1995) e Easton (1999), para além dos tipos referidos ainda se pode mencionar como abuso a violação dos direitos constitucionais dos idosos. É feita uma distinção entre negligência activa e passiva, na qual a negligência activa consiste no não-provimento de forma intencional das necessidades básicas a nível da saúde física e mental e a negligência passiva consiste em não prover de maneira não-intencional as necessidades básicas e os cuidados necessários ao idoso (Grossi e Arsego, 2001 e Berger, 1995).

Os maus-tratos mais comuns ocorrem sob a forma de assaltos verbais, abandono por parte da família, a institucionalização contra o consentimento do idoso, ameaças, chantagem, desvalorização, roubos a nível monetário, abuso da autoridade e abuso da confiança. Estes actos de violência ocorrem essencialmente no âmbito familiar e/ou institucional (Berger, 1995).

Paris (1996) indica que os vários tipos de maus-tratos ocorrem simultaneamente e ao longo do tempo e que são susceptíveis de aumentar em frequência e severidade.

Bennet, Kingston e Penhale (1997), citados por Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009), indicam níveis de violência contra os idosos segundo a dimensão do seu alcance: o nível macro, o nível médio e o nível micro. O nível macro diz respeito a atitudes abusivas que ocorrem no contexto social e englobam a violência estrutural sob a forma de discriminação contra a idade (ageism), pensões e reformas inadequadas, dificuldade

de acesso a serviços sociais e de saúde e desrespeito pelos direitos constitucionais e legais do idoso. O nível médio refere-se a atitudes, condutas e políticas que afectam o idoso na comunidade, tais como: condutas anti-sociais e o preconceito contra a velhice conduzindo os idosos à marginalização e discriminação e modificando o modo como o idoso é tratado pela comunidade. O nível micro refere-se aos conflitos que ocorrem no domicílio entre os idosos, os seus familiares e os seus cuidadores.

Os autores supracitados indicam que os maus-tratos se manifestam num ou mais níveis, não escolhem raça, género ou classe social e ocorrem nos mais diversos ambientes onde o idoso se insere: em casa, na comunidade, nos centros de convívio, nos centros de dia e nas instituições de longa permanência (Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, 2009).

O abuso constitui, a nível mundial, um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos (Magalhães, 2010). Fernandes e Assis (1999), citados por Grossi e Arsego (2001), defendem que os maus-tratos se traduzem numa perda ou violação dos direitos humanos com a consequente diminuição da qualidade de vida do idoso.

2.2. INDICADORES DE MAUS-TRATOS

De acordo com Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) existem determinadas condições que podem indicar maus-tratos contra o idoso, são elas: a perda de peso; a desnutrição; a desidratação; a palidez; as olheiras; as marcas, hematomas e queimaduras de vários graus; as lacerações, escaras e feridas; a presença de úlceras de pressão; a pouca higiene; a falta ou má conservação de próteses (quando a condição financeira é favorável); a vestimenta descuidada; a administração e uso incorrecto de medicação (sedação excessiva ou medicação em demasia ou escassa); os acidentes e as lesões recorrentes e inexplicáveis; a demora entre o aparecimento da lesão/doença e a procura de assistência médica e a versão da história do idoso ser diferente da versão do cuidador.

A estes indicadores, Fulmer e O'Malley (1987), citados por Bennet e Ebrahim (1995), acrescentam outros sinais de maus-tratos (ou cuidados inadequados), são eles: as abrasões; as contusões; a apatia; as fracturas; as entorses; as luxações; os problemas médicos por tratar; os comportamentos perigosos e a falta de cumprimento das obrigações legais. Segundo Taler e Ansello (1985), citados por Espino (1997) também poderão ser indicadores os problemas físicos incompatíveis com o historial clínico do idoso;

os responsáveis pelos cuidados ao idoso não prestarem comportamentos de assistência; observação de comportamento irritado, hostil ou agressivo e obcecado pelo controlo por parte do cuidador, com preocupação excessiva ou queixas repetidas do fardo de cuidar do idoso.

Acrescenta-se ainda os indicadores referidos por Drake e Freed (1998), que são os ferimentos contraditórios às explicações dadas; ferimentos na cabeça, pescoço, seios, abdómen ou órgãos genitais; queimaduras de cigarro ou de outro tipo em qualquer sítio do corpo; marcas de ataduras nos tornozelos, pulsos ou pescoço; fracturas no antebraço (infligidas quando os braços estão levantados para proteger a face e a cabeça); comportamentos não-verbais (pobre contacto visual, discurso hesitante; vacilando ou saltando a sons baixos que possam indicar a presença do agressor); queixas somáticas persistentes de etiologia desconhecida (distúrbios gastrointestinais, de sono e de alimentação; dores de cabeça frequentes) e mudanças de comportamento que indiquem depressão (ansiedade, idealização de suicídio; distúrbios do sono; flutuações do peso; aumento do uso do álcool e abuso de outras substâncias).

Existem também outros indicadores no comportamento do idoso que podem determinar que este está ser vítima de maus-tratos, sendo eles: passividade e retraimento; tristeza e desesperança; agitação e medo; medo de falar livremente; imposição de isolamento físico ou social e afastamento e evitação de contacto físico e verbal com o cuidador (Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, 2009).

O abuso físico tem como indicadores físicos os hematomas e os vergões; as queimaduras; as fracturas; as entorses ou as luxações; as lacerações ou abrasões e o evidente excesso de sedação e como indicadores psicológicos afastamento; confusão; medo do cuidador ou de outros membros da família e indiferença (Clark, 1999).

O abuso sexual possui indicadores físicos por parte do idoso, tais como: dificuldade em se deslocar; roupa interior manchada, rasgada ou ensanguentada; dor ou prurido na área genital; contusões ou sangue nos órgãos genitais externos ou na área vaginal ou anal e doenças sexualmente transmitidas e os indicadores psicológicos o afastamento (Clark, 1999). Paris (1996) indica que um dos sinais/sintomas poderá ainda ser uma inexplicável doença venérea ou uma infecção genital.

Segundo Clark (1999), no que concerne ao abuso material/financeiro, os indicadores físicos são a roupa inapropriada e as necessidades médicas não atendidas enquanto os indicadores psicológicos são a falta de cumprimento das obrigações financeiras e a ansiedade perante as despesas. Paris (1996) defende que neste tipo de abuso também

poderão existir os seguintes indicadores: conhecimento impreciso, confuso ou inexistente das suas finanças; incapacidade inexplicável ou súbita para pagar as contas, para adquirir alimentos ou artigos de cuidado pessoal; significativa disparidade entre a reforma/pensão e o estilo de vida; medo ou ansiedade quando o assunto a ser discutido são as finanças; transferências ou activos sem precedências; interesse fora do comum de um membro da família pelo dinheiro do idoso.

A forma mais comum de maus-tratos psicológicos é rejeitar ou ignorar o idoso fazendo-o sentir-se sem valor nem utilidade para os outros. O idoso pode regredir tornando-se cada vez mais dependente e quem convive com ele tende a ressentir-se da imposição e exigências sobre o seu tempo e estilo de vida. O padrão torna-se cíclico: quanto maior regressão maior dependência. As realizações passadas e as capacidades actuais das pessoas idosas não são percepcionadas consistentemente, fazendo-os sentir-se ainda menos capazes (Flynn e Krothe, 1999). Para além destes, um dos sinais físicos poderá ser a hipocondria e os sinais psicológicos, a desordem na maneira de ser (morder, sorver, balançar); a conduta destrutiva ou anti-social; os traços neuróticos (distúrbios do sono ou da fala e inibição da diversão); a histeria; as obsessões ou as compulsões e fobias (Clark, 1999). Paris (1996) indica também as alterações de apetite; o aumento ou diminuição do peso; a perda de interesse em si próprio, nas actividades ou no meio envolvente; a ambivalência; a resignação e a agitação.

A negligência tem como indicadores físicos a fome constante e a subnutrição e como indicadores psicológicos a indiferença; o isolamento social; a falta de higiene; a roupa inapropriada para o clima; a fadiga crónica; as necessidades médicas não satisfeitas; a falta de integridade da pele ou decúbito; as contracturas; as queimaduras da urina e escoriações; a desidratação e a impactação fecal (Clark, 1999). Poderá também ocorrer hipotermia ou hipertermia; a falta de óculos de vista, de aparelhos auditivos e/ou de dentaduras ou próteses; a deterioração inesperada ou inexplicável da saúde; as úlceras de decúbito; os sinais de consumo excessivo de drogas e o uso inadequado ou a falta de medicação (Paris, 1996).

Alguns cuidadores dão medicamentos aos idosos ocasionalmente para causar confusão e sonolência, fazendo com que estes deixem de causar problemas e necessitem de um número menor de cuidados ou para permitir que terceiros tenham controlo sobre os seus recursos financeiros e pessoais. Desta forma os idosos não têm muitas alternativas para agir em sua defesa (Flynn e Krothe, 1999).

Os idosos podem ser maltratados no aspecto da nutrição, quando lhes fornecem alimentos que estes não são capazes de mastigar ou deglutir ou que são contra-indicados por restrições dietéticas. Outra situação comum é a das pessoas que prestam assistência ao idoso não valorizarem as preferências alimentares ou as crenças sociais ou culturais e padrões relativos à alimentação do idoso. Se os idosos não forem capazes de preparar as suas refeições nem comer os alimentos que lhes são preparados podem tornar-se subnutridos (Flynn e Krothe, 1999).

Relativamente à negação dos direitos não existe nenhum indicador físico em específico mas a nível psicológico os indicadores são a hesitação em tomar decisões e o desinteresse e a apatia (Clark, 1999).

Os processos decorrentes do envelhecimento dificultam o reconhecimento de situações de maus-tratos, uma vez que se confundem com os aspectos de agressão física. Os ferimentos na pele podem ocorrer naturalmente nos idosos devido à fragilidade dos vasos sanguíneos (Bennett e Ebrahim, 1995). Os autores Flynn e Krothe (1999) afirmam que se pode determinar a causa das lesões através de uma cuidadosa avaliação efectuada por via da discussão e da observação.

Na opinião de Fulmer e O'Malley (1987), citados por Bennet e Ebrahim (1995), não se pode diagnosticar o abuso ou negligência unicamente com base em um ou mais dos itens mencionados precedentemente dado que estes se confundem com a doença e fragilidade do idoso como parte de um processo de uma doença crónica. No entanto, a combinação destes factores pode ajudar os profissionais que convivem com o idoso a estar atentos a uma possível situação de maus-tratos. As formas mais comuns de maus-tratos envolvem combinações de características tais como: falta de higiene; subnutrição; inadequada gestão de problemas médicos; quedas frequentes e confusão. As primeiras pessoas a tomar conhecimento destas situações são os profissionais de saúde e as pessoas que fazem visita domiciliária ao idoso, sendo menos comum ser os serviços legais, sociais ou a polícia a ser os primeiros envolvidos devido aos problemas habitacionais ou financeiros.

2.3. FACTORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS

Segundo a APAV (2002) a pessoa idosa fisicamente fragilizada e isolada da comunidade pela sua idade avançada é vítima de crime consoante o contexto no qual se

insere. A vítima poderá sofrer ofensas ocasionais, frequentes ou contínuas na família; em instituições; na sua casa, na rua e em caso de incapacidade.

Na família ocorre, muitas vezes, o isolamento relacional; a falta de dignificação pessoal; a crescente redução da autonomia e da capacidade de decisão da sua própria vida e a infantilização frequente perante familiares; factos que tornam o idoso frágil e dependente, favorecendo a sua vitimização, gerando complicações devido à ambivalência de sentimentos em relação aos seus agressores (APAV, 2002). O facto de o idoso ser dependente de um familiar a nível de cuidados pessoais e de saúde, é um dos factores de risco da violência. De igual modo, são considerados factores de risco: a dependência económica do cuidador da pessoa idosa, o *stress* gerado no cuidador (*burnout*), o abuso de substâncias tais como álcool e/ou drogas pelo familiar que presta cuidados (Grossi e Arsego, 2001), a idade do cuidador e as relações de má qualidade (Pritchard, 1996, citado por Easton, 1999).

Os maus-tratos no contexto familiar têm por base um conjunto de factores que se inter-relacionam, são eles: uma relação de dependência, onde a pessoa idosa está mais vulnerável e frágil (doenças mentais ou físicas); a inexistência de laços familiares próximos; uma história de violência familiar; a falta de recursos económicos; uma psicopatologia do agressor e/ou cuidador (deficiência ou distúrbio de personalidade) e a falta de apoio comunitário. Na maioria das vezes, conforme indica o autor supracitado, os agressores são parentes das vítimas e já são seus cuidadores durante muito tempo. Muitas vezes, também ocorre violência transgeracional devido à criança assistir a comportamentos violentos por parte dos adultos na família e interioriza-los como aceitáveis, o que pode levar a violência conjugal ou infantil e futuramente a abusar dos seus pais. Refere-se, também, a teoria da troca, ou seja, o abusador vai continuar a abusar enquanto ganhar algo com isso, quando a troca deixa de ser favorável o abuso acaba (Bennett e Ebrahim, 1995).

O abuso dos idosos está mais relacionado com as características do perpetrador dos maus-tratos do que da própria vítima (Easton, 1999). De acordo com recentes pesquisas o autor referido conclui que se tem de cuidar do cuidador para que as potenciais situações de abuso sejam evitadas.

As instituições de acolhimento/internamento afectam grandemente a autonomia e liberdade do idoso, sujeitando-o a regulamentos internos e à desresponsabilização no conjunto de idosos que lá reside; ao abandono da família que não a visita; à falta de pri-

vacidade; à negligência medicamentosa ou de saúde e à violência emocional ou psicológica.

Conforme a APAV (2002) e Easton (1999) um dos factores de risco é o idoso que reside sozinho ou com outra pessoa na sua casa ficando mais isolado da comunidade e tornando-se um alvo fácil de comportamentos criminosos, tais como: assaltos, burlas, violência física e sexual. Outros factores de risco associados aos maus-tratos são: ser pobre ou com recursos limitados; ter idade avançada; ter um mau estado de saúde; ser viúvo; possuir limitações funcionais ou cognitivas significativas; ser do sexo feminino; ser dependente e ter história de violência familiar (Easton, 1999).

O idoso torna-se mais susceptível de sofrer um crime na rua, essencialmente se os agressores conhecerem os seus hábitos diários contendo indicadores da sua incapacidade de prevenir e resistir ao crime.

O idoso também poderá encontrar-se numa situação de incapacidade na qual não consegue de forma autónoma gerir-se a si próprio nem aos seus bens, não tendo representante legal o que o sujeita à intervenção não legitimada de familiares ou prestadores de cuidados, nos domínios da saúde, internamento e alienação de bens, ou exposta a abusos de ordem material e financeira.

Segundo Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) são factores de risco para a ocorrência de violência contra os idosos o envelhecimento da população à escala mundial associado ao aumento da esperança média de vida e por conseguinte da população portadora de declínio funcional e cognitivo; a nuclearização da família associada ao empobrecimento da população nas últimas décadas e a escassez de suportes comunitários e de serviços assistenciais adequados aos idosos incapacitados.

Easton (1999) refere que as pessoas mais velhas que estão a ter cuidados de longa duração ou com necessidades de reabilitação são um grupo com alto risco de vir a sofrer qualquer um dos tipos de abuso.

De acordo com Grossi e Arsego (2001), a violência contra a pessoa idosa continua pouco visível devido, em parte, à falta de consciência social que o próprio idoso possui, na qual este não se apercebe que está a ser vítima de maus-tratos. Muitos idosos são agredidos, abandonados e negligenciados dentro do seu meio familiar por serem considerados seres incómodos e inúteis para a sociedade, facto associado à elaboração de sentimentos de desvalorização e desamparo.

Steinmetz (1988), citado por Easton (1999), explica que uma situação comum entre os idosos é a manifestação de um comportamento abusivo por parte destes para

com os cuidadores. São utilizados pelos idosos, para controlar as situações, os seguintes comportamentos: chorar, gritar, amuar, manipular, invadir a privacidade, chamar a polícia e a violência física (bater, dar chapadas, atirar coisas). Ainda não são conhecidas as razões para este tipo de comportamentos mas Easton (1999) refere que poderão estar relacionadas à frustração, a sentimentos de perda de esperança, a perda de controlo ou a distúrbios psiquiátricos, não fazendo parte destas razões os efeitos secundários da medicação, os desequilíbrios electrolíticos e outras condições fisiopatológicas. Os comportamentos referidos anteriormente bem como a partilha de situações de vida poderão provocar no cuidador sentimentos violentos (Hickey e Douglass, 1981, Kimsey e colaboradores, 1981, e Pillemer, 1992, citados por Espino, 1997). O abuso mútuo acontece em situações nas quais o cuidador é alvo de abuso verbal e físico por parte da pessoa idosa da qual está a cuidar, o que pode ou não levar a retaliações cometidas pelo cuidador em forma de abuso (Pillemer e Finkelhor, 1988, citados por Espino, 1997).

Pritchard (1995), citado por Easton (1999), refere existirem cinco factores que os cuidadores indicam despoletar os comportamentos abusivos: traços de comportamento do idoso; tarefas que estes têm de desempenhar para o bem do idoso; frustração; o sentido de isolamento do cuidador e falta de serviços ou outro suporte. Factores stressantes como o *burnout*, falta de conhecimento ou formação e o aumento das necessidades de cuidado também são factores contributivos (Wierucka e Goodridge, 1996, citado por Eastman, 1994).

As características das vítimas de violência são: idade superior a 75 anos; género feminino (embora ambos os géneros sejam vítimas de violência); sozinhos; sem papel activo na sociedade; funcionalmente debilitados; assustados; a viver na mesma casa do filho (a) adulto. A pessoa poderá ser pesada, sedentária, incontinente e com traços negativos de personalidade (Bennett e Ebrahim, 1995). Ainda de acordo com os mesmos autores, as investigações têm comprovado que os abusadores geralmente são parentes das vítimas (filhos), predominando o abuso psicológico. Os abusadores parecem ser financeiramente dependentes das vítimas, com vidas muito stressantes e com problemas financeiros e de saúde. Um terço dos abusadores têm problemas psicológicos e muitos têm uma história de doença mental e abuso de bebidas alcoólicas. Alguns estudiosos afirmam que qualquer um pode ser um potencial abusador se lhe for infligido *stress* suficiente. Outros afirmam que o abuso é mais provável em sujeitos com uma longa história de comportamento sociopata envolvidos num papel de cuidador, emocionalmente incapazes de lidar com estas situações. O cuidador pode ficar sobrecarregado,

principalmente no caso dos idosos que têm doenças incapacitantes progressivas crônicas, e sentir-se aprisionado, aumentando assim ainda mais a carga de cuidados, predispondo o sujeito a reacções violentas (Homer e Gilleard, 1990 e Pillemer, 1992, citados por Espino, 1997).

Outros factores de risco, acrescentados por Pillemer e Finkelhor (1988), citados por Espino (1997) são: a pobreza ou falha na comunicação; a mudança evidente no estilo de vida do cuidador; a pobre percepção por parte do cuidador frente à dependência da pessoa idosa; as frequentes visitas a um médico de clínica geral pelo cuidador para falar dos seus problemas; a inversão de papéis; a história de quedas ou de ferimentos ligeiros; os comportamentos derivados de algum acontecimento que os faça perder o controlo; as condições precárias e limitadas de vida; a mudança marcada no estilo de vida do cuidador incluindo mais *stress* e isolamento dos membros da família.

Apesar do referido, Espino (1997) explana que estudos recentes revelam que os cônjuges são os que mais praticam maus-tratos contra os idosos. As mulheres são as que mais sofrem consequências físicas e psicológicas por violência (Pillemer e Finkelhor, 1988, citados por Espino, 1997).

Segundo Menezes (1999), citado por Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009), a pessoa idosa que é vítima de maus-tratos tem um sentimento de constante ameaça, sendo incapaz de se defender e de garantir a sua segurança. A maioria das vítimas desconhece a existência de serviços de assistência e protecção contra a violência, não possuindo o auxílio na procura de socorro, o que os faz hesitar em denunciar os seus agressores.

De acordo com Berger (1995), independentemente dos factores responsáveis pelo abuso ou negligência, as consequências são muito mais graves na terceira idade. É explanado também que as mulheres septuagenárias dependentes são as vítimas mais frequentes de violência, em específico se são débeis, vulneráveis e confusas. Os efeitos negativos destes actos são bem visíveis e constituem uma ameaça à integridade física e psicológica podendo colocar a vida da vítima em risco.

As consequências da violência poderão ser de ordem física, psicológica e social. Espino (1997) refere que as vítimas poderão apresentar medo generalizado e hematomas, lacerações, fracturas das costelas ou ossos longos e marcas de corda. O Conselho para Assuntos Científicos (1987), citado por Espino (1997), afirma que os indicadores comportamentais comuns de maus-tratos tais como o medo generalizado podem ser

interpretados de forma errónea como paranóia relacionada com a demência ou uma psicose latente.

Conforme Duarte e Barbosa (2011), todas as situações de maus-tratos são dolorosas, incapacitantes e podem ser mortais. Acontecem de forma repetida, no geral, e privam a vítima dos seus direitos e liberdades influenciando, de forma concreta ou potencial, a curto ou a médio prazo, a sua saúde, a sua integridade psicológica, física e/ou sexual (podendo acarretar doenças psicossomáticas, psiquiátricas ou a morte), a sua qualidade de vida e a sua dignidade. O objectivo destes comportamentos é o de dominar e controlar a vítima, fazendo-a sentir-se isolada, indefesa, incompetente, com medo, sem capacidade de reagir e tornando-a deste modo submissa face àquele tipo de tratamento.

As reacções às situações de violência, de acordo com a APAV (2002), durante o crime poderão ser: o pânico geral, o pânico de morrer, a sensação de estar a viver um pesadelo e a impressão de que o agressor tem uma raiva pessoal contra a vítima. Imediatamente após o crime, a vítima poderá sentir desorientação geral e sentimento de solidão e ficar em estado de choque. Nos dias seguintes as vítimas julgam a situação e pensam se o que sentem é normal; sentem-se muito desprotegidas e ao mesmo tempo procuram a companhia de familiares e amigos e é nesta altura que devem pedir ajuda. As reacções ao crime dependem do tipo de crime e da duração do mesmo e podem variar de pessoa para pessoa.

As consequências físicas da violência incluem os resultados directos da agressão e aqueles que acontecem como resposta ao *stress* que viveram, no entanto não aparecem no mesmo período de tempo e variam de pessoa para pessoa. Estas são: perda de energia, dores musculares, dores de cabeça e/ou enxaquecas, arrepios e/ou afrontamentos, problemas digestivos e tensão arterial alta (APAV, 2002).

As consequências psicológicas podem ser desconfiança, tristeza e diminuição da autoconfiança.

Por fim, ainda de acordo com a APAV (2002), as consequências sociais são: sentimento de solidão, tensões familiares e conjugais, medo de estar sozinho e sentimentos de insegurança.

2.4. ESTRATÉGIAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

Segundo Machado e Queiroz (2006), citados por Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009), os serviços e profissionais de saúde são os que maior envolvimento têm no processo cuidativo do idoso. De acordo com este ponto de vista, torna-se relevante a capacitação dos profissionais na atenção primária de saúde, assim como para os profissionais da área social e do direito, para identificação, prevenção e intervenção em casos de maus-tratos e negligência.

Grossi e Arsego (2001) proclamam que as pessoas idosas devem ser ouvidas e respeitadas, devendo ser-lhes fornecidas informações apropriadas e a ajuda na procura de uma rede de apoio para o fortalecimento da auto-estima, identidade e autonomia, através da ajuda de profissionais de diferentes áreas ou grupos de auto-ajuda. A capacitação do profissional para diagnosticar e intervir no problema exige uma integração com uma rede de apoio que atenda as necessidades dos idosos e possibilite a efectivação dos seus direitos de cidadania, garantindo a integridade física, sexual e moral do sujeito.

Para Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) qualquer processo de intervenção deve englobar questões macroestruturais, conjunturais, relacionais e subjectivas, bem como focalizar a especificidade dos problemas, dos factores de risco e das possibilidades de mudança. Enfrentar a violência é um grande desafio devido à sua complexidade e às suas diferentes causas e formas de expressão, o que exige o desenvolvimento de múltiplas acções e em diversos planos e espaços da sociedade. Devem ser desenvolvidas acções estratégicas para facilitar a identificação e o combate da violência no ambiente familiar, uma vez que este foi identificado como o local onde a violência contra o idoso prevalece.

De acordo com Bennett e Ebrahim (1995), os idosos criam, em geral, barreiras físicas e psicológicas em torno deles próprios o que dificulta o acesso aos mesmos quando estes estão a receber cuidados inadequados. Três dos grupos mais relevantes são os idosos que vivem sozinhos, os idosos institucionalizados e os idosos a viver com os familiares ou cuidadores.

Os idosos que vivem sozinhos podem não cooperar por receio de perder a sua independência, por vergonha, por desconfiança ou estigma. Os idosos com disfunções cognitivas têm de ser avaliados por um grupo de profissionais. Um diagnóstico de suspeita de cuidado inadequado deve ser realizado com brevidade e pode ser necessária a ajuda e acompanhamento de especialistas (trabalho social, psiquiatra e psicólogo clínico). Torna-se necessário dar importância não só ao idoso mas também ao cuidador, ten-

do em conta, inicialmente, as necessidades do cuidador e em seguida as do idoso. É bem visível, através de numerosos relatórios, a quantidade de idosos que sofrem abuso institucional. (Bennett e Ebrahim, 1995).

As atitudes de *ageismo* tomadas pelas próprias pessoas idosas podem vir a dificultar o reconhecimento de uma situação de abuso. Muitas das vezes, é o próprio idoso a julgar-se um fardo para a família e a acreditar que merece ser negligenciado ou maltratado. Pode manter o silêncio, de igual modo, por recear ser institucionalizado como a única alternativa para o problema. O idoso com défice cognitivo é perfeitamente capaz de comunicar os seus sentimentos referentes à situação que está a viver (Paris, 1996).

Inicialmente, segundo o autor supracitado, deve ser tido em conta todo um processo de avaliação para depois se começar a dar relevo à intervenção nas situações do abuso contra o idoso e negligência. Uma etapa importante é saber quais os sentimentos da vítima perante o abuso e se foram formulados planos para lidar com a situação. Outras questões a ser tidas em conta são: a percepção de qual o período de tempo no qual o abuso ocorreu; se está ou não a aumentar de intensidade e frequência e se a vítima se apercebe de factores precipitantes para que o abuso ocorra. A informação referida vai ajudar a guiar as estratégias de planeamento e intervenção.

As estratégias de curta duração mencionadas por Paris (1996) são: os documentos escritos (historial, achados físicos e relatos inconsistentes de eventos); educação e suporte de aconselhamento (aconselhamento individual ou em grupo das vítimas para superar sentimentos de culpa, autocensura e baixa auto-estima, aconselhamento dos abusadores e programas de reabilitação de drogas); ligações dos recursos da comunidade (centros para cidadãos seniores, programas de cuidados de dia para adultos, agências de serviços sociais, grupos de suporte e serviços de protecção para adultos); serviços legais (tribunal criminal, tribunal de família, polícia, ordens de protecção e protecção de rendimentos e bens) e habitação alternativa temporária para o abusador ou para a vítima (abrigos, programa de cuidados de repouso e lares de idosos).

As estratégias de longa duração, mencionadas pelo mesmo autor, são: programa de treinamento para o cuidador; formação dos prestadores de cuidados de saúde; programas de educação e sensibilização pública; políticas governamentais (relatório voluntário ou com notificação obrigatória, financiamento de programas educacionais e serviços para a terceira idade) e iniciativas de investigação científica (conferências, colheita de dados e estudos).

2.5. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Acredita-se, segundo diversos autores, que os maus-tratos são presumíveis, o que os torna preveníveis, principalmente através de acções comunitárias (Flynn e Krothe, 1999).

Segundo Espino (1997), identificar com sucesso os idosos vítimas de maus-tratos e desenvolver planos de prevenção eficazes não é tarefa fácil. As atitudes desfavoráveis por parte da sociedade em relação às pessoas idosas e a negação cultural da existência de maus-tratos fazem com que muitos profissionais não identifiquem os maus-tratos mesmo quando estes existem.

De acordo com Easton (1999), o papel dos profissionais de saúde na prevenção da violência é muito relevante. Estes devem estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa; ser capazes de encaminhar as famílias para os recursos existentes na comunidade; fortalecer os suportes sociais; encorajar o descanso regular do cuidador; identificar os cuidadores com maior risco de vir a ser abusadores e torná-los alvo de intervenções para prevenir o *stress* da sobrecarga do cuidador; entrevistar o idoso e a família ou o cuidador para encontrar padrões normais para o controlo do *stress*; observar as interações, dinâmicas e a linguagem corporal da família; encorajar as pessoas que vivem sozinhas a se manterem envolvidas e ligadas à vida social; ter cuidado com os factores de risco e os factores contributivos; realizar avaliações físicas completas e cuidadosas pesquisas de documentos sobre a aparência, o estado nutricional, a condição da pele, a atitude mental, a conscientização e a necessidade de subsídios para melhorar a percepção sensorial; se houver suspeita de abuso, entrevistar o cuidador e outras pessoas que possam prestar informações para confirmar ou desmentir as suspeitas; saber as leis do governo relativas ao abuso e encorajar o idoso a permitir que uma pessoa de confiança saiba onde é que estão a ser guardados os seus documentos de valor.

Existem, ainda, diversas formas de reduzir o abuso potencial, são elas: manter-se activo e continuar inseridos em actividades sociais; ter acesso a um telefone e usá-lo em privado; manter o contacto com a família e amigos; saber a sua situação financeira e quando esperar o depósito da reforma; saber onde são guardados os seus documentos importantes; ter um familiar ou amigo que o visite regularmente sem aviso prévio e ter um plano de segurança de emergência se contra o abuso potencial (Easton, 1999).

Duarte e Barbosa (2011) indicam que poderão ser evitadas futuras situações de maus-tratos se for adoptado por parte da pessoa idosa um estilo de vida independente. Para tal, indicam-se em seguida algumas recomendações que servirão como protecção

do idoso: evitar o isolamento, mantendo e ampliando a rede social; participar em actividades sociais e comunitárias; ser o mais autónomo e independente possível realizando as suas próprias actividades; ter controlo sobre os seus próprios objectos de valor; depositar a reforma/pensão directamente na conta bancária do próprio; obter aconselhamento legal relativamente aos acordos que possam ser realizados numa eventual incapacidade futura e evitar assinar documentos, no caso de os decidir assinar pedir a alguém próximo e da sua confiança que os reveja.

Sabe-se através de Flynn e Krothe (1999) que existem diversos factores sociais e comunitários que influenciam a violência, aumentando ou diminuindo a prevalência da mesma (alterações de condições sociais, multiplicidade de exigências, condições económicas e instituições). Há que desenvolver estratégias de prevenção primária e secundária nestas situações através de grupos de apoio à vítima, programas de voluntários para a defesa do idoso e formar os técnicos que trabalham com esta faixa etária. Em Portugal o apoio à vítima de violência dirige-se na maioria das vezes a mulheres e crianças, não se dando o enfoque necessário à situação do idoso.

Fulmer (1989), citado por Flynn e Krothe (1999), sugere as seguintes estratégias de prevenção para as comunidades: desenvolver novas formas de dar apoio às famílias que cuidam de idosos, incluindo auxílio na decisão de interromper a assistência em casa; publicitar os apoios existentes para as famílias que cuidam dos idosos e envolver todas as organizações comunitárias no desenvolvimento de novos apoios e treinos. O profissional de saúde deve auxiliar as famílias que pretendem cuidar do idoso em casa, avaliar todas as implicações da decisão e preparar-se para os agentes de *stress* envolvidos. Deve ser elaborado um plano que englobe intervalos regulares no cuidado ao idoso. As estratégias de prevenção primária e secundária dos maus-tratos a idosos englobam grupos de apoio à vítima, programas voluntários para a defesa do indivíduo sénior e o treino de assistentes que trabalham com idosos. As pessoas idosas precisam de reter a maior autonomia e a maior capacidade de decisão possíveis (Wolf et al., 1994, citado por Flynn e Krothe, 1999).

É referido por Duarte e Barbosa (2011) que uma das formas de combater os maus-tratos é incentivar a participação activa que poderá ser realizada de diversas formas: integrar uma associação de apoio a pessoas idosas vítimas de maus-tratos; se não existir nenhuma associação na zona na qual o idoso mora este deverá ponderar a criação de uma em articulação com a junta de freguesia, o centro de saúde e as instituições de apoio social locais; tentar promover e participar em seminários acerca do tema para sen-

sibilizar a comunidade; se o idoso já sofreu algum tipo de maus-tratos ou conhece alguém nessa situação deverá falar com outras pessoas sobre o assunto, uma vez que a sua experiência é uma mais-valia para o progresso da intervenção e propor sessões de partilha de ideias e perspectivas sobre o assunto com outras pessoas dessa faixa etária, com profissionais da área social e da saúde.

A identificação dos factores de risco constitui uma primeira etapa para articular estratégias de prevenção: informação, apoio e acompanhamento aos cuidadores dos idosos. Uma educação para o processo de envelhecimento é relevante e indispensável no que dita a políticas de prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa, no sentido de desmistificar a imagem do idoso com uma dimensão pejorativa de “velho”, como algo que não tem valor (Grossi e Arsego, 2001).

Machado e Queiroz (2006), citados por Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009), referem que no que respeita à violência contra a pessoa idosa, existe uma escassa presença de políticas públicas de assistência social e saúde que atendam às necessidades de uma população idosa que está a aumentar cada vez mais e que tem cada vez maior longevidade, pelos problemas sociais e económicos que afectam a grande maioria das famílias, sendo os membros mais velhos um fardo e não uma satisfação, e pelo despreparo dos profissionais da saúde e do social para lidar com situações de abusos contra os idosos. Ainda de acordo com os mesmos autores para se solucionar esta questão torna-se necessária uma acção conjugada do Estado, da sociedade civil e das comunidades, através da sua sensibilização para a gravidade do problema.

Machado e Queiroz (2006), citados por Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009), indicam que uma lei, por si só, não chega para alterar comportamentos. Para que tal ocorra esta deve ser conjugada com um trabalho educativo de divulgação, discussão e interpretação. Algumas denúncias de violência contra idosos efectuadas por alguns órgãos de direitos humanos e difundidos pelos media impulsionaram o surgimento de organizações governamentais e não-governamentais com vista a prevenir os abusos contra o idoso. Os objectivos destas organizações são: informar e conscientizar a sociedade sobre a questão dos maus-tratos; promover treinamentos para profissionais que actuam na área da gerontologia, para identificação, tratamento e prevenção da violência; defender idosos que sofreram de maus-tratos; estimular pesquisas sobre a questão da violência, para conhecer a extensão e a natureza da violência contra idosos, definindo necessidades e avaliando a eficácia de modelo de prevenção; desenvolver programas educativos para idosos que possibilitem o desenvolvimento da sua capacidade de autocuidado,

ajuda mútua, bem como a defesa do direito de autodeterminação e estimular políticas públicas de prevenção de violência que incumbem serviços adequados para dar apoio a adultos vulneráveis, promovendo a coesão familiar e a solidariedade intergeracional.

De acordo com Duarte e Barbosa (2011) a sociedade actual na qual o idoso se insere é um mundo global no qual os seus conhecimentos e contributo têm relação directa com a qualidade de vida e bem-estar de toda a população.

2.6. AVALIAÇÃO DOS MAUS-TRATOS

A avaliação multidisciplinar da vítima é uma etapa relevante no que dita aos maus-tratos. A avaliação médica inclui a história completa do idoso (padrões de alcance de cuidados médicos, consistência da história com as observações médicas); um exame físico completo (incluindo um exame neurológico, observação da marcha e inspecção dos órgãos genitais); a avaliação cognitiva (avaliar a habilidade para compreender os riscos e consequências dos seus actos) e a avaliação do humor (observar sinais de depressão, afastamento e medo sem sinais claros de causa e efeito) (Paris, 1996).

A avaliação feita pela enfermeira engloba a avaliação funcional (actividades da vida diária, actividades instrumentais da vida diária e dispositivos de assistência); a avaliação nutricional (recordar-se da dieta realizada nas 24 horas antes); a avaliação da pele (entorpecimento, lesões traumáticas e ulcerações) e a adesão à medicação.

Relativamente à avaliação efectuada pelos trabalhadores sociais, esta inclui a descrição de um dia típico (contactos sociais, assistência adequada às limitações funcionais); a situação de vida (adequação da alimentação, roupas, abrigo, acesso a um telefone, segurança do meio envolvente, se vive só ou acompanhado); a avaliação financeira (rendimento, despesas, recursos, poupanças, procurações, dependentes, proprietário da casa, posse de contrato de arrendamento) e a avaliação psicossocial (tensões, perda de emprego, morte, divórcio, abuso de substâncias, suportes familiares, acordos de vida e isolamento).

2.7. PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DOS MAUS-TRATOS NA POPULAÇÃO IDOSA

Grossi e Arsego (2001), indicam que numa investigação realizada no Paraná (Brasil) a 700 idosos participantes em cursos da Terceira Idade, em 12 universidades, foi possível determinar que a maioria deles (84%) sofria discriminação, ofensas e agressões pelos próprios familiares e que 75% da amostra estudada era do gênero feminino. Também em grande percentagem (65%) surgiram as pessoas que relataram sentir solidão e/ou abandono apesar de viverem com a sua família e os que relataram sentir angústia decorrente dos maus-tratos sofridos (62%). A coordenadora da investigação divulgou que 70% das pessoas que participaram no estudo não revelaram reacção aos maus-tratos, sendo apenas os restantes 30% que procuram ajuda em amigos ou na religião.

Esta falta de reacção à violência sofrida foi identificada também no estudo de Gonçalves (1999), citado por Grossi e Arsego (2001), que procurou explorar as diversas formas de violência em relação ao idoso numa comunidade de Florianópolis. Foram entrevistados 53 pessoas idosas, onde 22 sofreram algum tipo de violência e apenas 5 foram capazes de reagir à mesma confrontando o comportamento do agressor. Dos que não fizeram nada para impedir o comportamento do agressor, indicaram que optaram por desprezar o agressor, superaram o acontecimento tendo paciência, choraram para desabafar o sofrimento ou recorreram à religião (Deus) para perdoar o agressor e se consolarem. Essas atitudes reflectem sentimentos de impotência face à violência, banalização e naturalização, que podem ser decorrentes da própria baixa auto-imagem e auto-estima do idoso que se encontra nessa situação.

Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) mencionam alguns estudos efectuados no Brasil que apontam a violência nesse País como um novo problema de saúde pública.

Bennett e Ebrahim (1995) explanam que pesquisas recentes indicam que muitos homens sofrem abusos e que as pessoas abusadas não são necessariamente dependentes. Em pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América uma das formas mais comuns de abuso são os maus-tratos físicos do marido para a mulher (violência conjugal) que continua na terceira idade. As vítimas de abuso sexual geralmente são pessoas com dificuldades de comunicação.

Salond e colaboradores (1984), citados por Espino (1997), afirmam que devido à dificuldade com a definição e de relato de maus-tratos a idosos levam à falta de dados

precisos. As estimativas em 1984 dos números de idosos maltratados variavam entre 0,5 a 2,5 milhões de pessoas.

De acordo com a APAV (2011), em 2010 foram assinalados por esta associação 610 processos de apoio a pessoas idosas vítimas de crime e de violência. A maioria das vítimas era do sexo feminino (86%) e tinha idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos de idade (53,3%). Os idosos com estado civil casado (40,2%) e o tipo de família nuclear com filhos (35,2%) eram os que se apresentavam com maior percentagem de violência relativamente às restantes opções. Ainda segundo a mesma fonte, o nível de escolaridade das pessoas idosas vítimas de crime e de violência tem percentagens muito semelhantes entre os vários níveis, embora o primeiro ciclo apresente valores ligeiramente acima dos restantes (5,2%). A maioria dos idosos que recorre à APAV encontra-se reformada (79,5%) e tem como principal meio de vida o rendimento da pensão/reforma (74,4%).

Na RAM, segundo a mesma fonte, foram identificados apenas 6 casos (1%). As vítimas dos crimes são usualmente pai/mãe (35,1%) e pessoas em relação conjugal (28,4%). O género masculino prevalece como autor do crime (65%) e a faixa etária distribui-se de forma dispersa, no entanto damos relevo à que se situa acima dos 65 anos (23,6%). Os autores do crime são na sua maioria casados (40,7%). O nível de ensino do autor do crime varia entre o 1.º ciclo e o ensino superior, no entanto o ensino superior destaca-se relativamente aos restantes (3,3%). O local do crime mais assinalado é a residência comum (56,3%). Em 2010 os maus-tratos físicos (28,6%) e os maus-tratos psicológicos (38,8%) foram os tipos de crime mais praticados.

Ferreira-Alves e Sousa (2005) efectuaram um estudo realizado a 82 pessoas, maioria do género feminino, que frequentavam três centros de dia seleccionados na cidade de Braga. Com este estudo concluíram que grande parte (72%) da amostra revelou apresentar um ou mais indicadores de abuso. A negligência (53,7%) e o abuso emocional (52,4) foram os que tiveram maior incidência, seguindo-se, de forma distanciada, o abuso financeiro (19,5) e o abuso físico (12,2). Foi determinado que a negligência atinge mais o género feminino e que o factor associado de forma significativa à negligência foi a percepção do estado de saúde, as pessoas que têm uma percepção de saúde má parecem ter maior prevalência de negligência que os restantes e o número de indícios não tem uma variância significativa de acordo com os grupos de idade. O abuso emocional varia de acordo com a idade, aumentando com esta a percentagem de idosos em que os vários indícios estão presentes. O género não tem influência neste tipo de abuso

mas a percepção do estado de saúde tem, as pessoas que a percebem como má ou mais ou menos revelam mais indícios. O abuso financeiro aparece de igual modo associado à percepção do estado de saúde. A prevalência do abuso físico aumenta com a idade, no entanto a associação com género e auto-percepção de saúde é significativo.

Segundo Ferreira-Alves e Sousa (2005) os factores sócio-demográficos associados de forma mais significativa com o abuso em geral são a percepção do estado de saúde (quanto pior a percepção do estado de saúde maior o número de indícios de abuso), a idade e o género (maior prevalência do abuso para as pessoas com mais idade do género feminino).

2.8. CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS

De acordo com o Diário da República (1.^a série; n.º 243 de 17 de Dezembro de 2010) foi criado o IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica que é um instrumento de políticas públicas de combate à violência doméstica e de género. Este Plano pretende consolidar o sistema de protecção das vítimas e o combate à violência doméstica e promover a adopção de medidas estratégicas relativas à prevenção, às situações de risco, à qualificação de profissionais e à intervenção em rede com o intuito de desenvolver uma lógica de proximidade que procura envolver os municípios, os parceiros sociais e as organizações da sociedade civil.

Considerando o Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa, as pessoas mais velhas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social e a política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural, tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

O artigo 152º do Código Penal Português sobre a violência doméstica revela que quem, de modo repetido ou não, aplicar maus-tratos físicos ou psíquicos, abrangendo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais ao cônjuge ou ex-cônjuge; a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente tenha mantido ou mantenha uma relação análoga à dos cônjuges, mesmo que sem coabitação; o progenitor de descendente comum em 1º grau ou a pessoa particularmente indefesa, em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite é condenado com

pena de prisão de um a cinco anos, caso não exista imposição de uma pena mais grave por força de outra disposição legal. Caso resulte ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos e se resultar a morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos. Também poderão ser aplicados ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e a proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas de violência doméstica. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância. Quem for condenado pelo crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

O artigo 152º-A do Código Penal Português refere-se aos maus-tratos e menciona que quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão da idade, deficiência, doença ou gravidez, e lhe infligir, de modo continuado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou o tratar cruelmente; a empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas ou a sobrecarregar com trabalhos excessivos é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal. Se dos factos previstos anteriormente resultar ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos e se resultar morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

2.9. RECURSOS EXISTENTES EM PORTUGAL

Segundo Duarte e Barbosa (2011), apesar de a prevenção ser indispensável há acontecimentos negativos que não se consegue evitar. Deste modo, torna-se essencial fazer com que a pessoa idosa tenha conhecimento das entidades às quais poderá recorrer e dos procedimentos que deve seguir se for vítima de maus-tratos ou se conhecer alguém nessa situação. Torna-se relevante que a pessoa idosa tenha atenção aos comportamentos e a qualquer mudança ou acontecimento que ocorra com as pessoas que com

ela coabitam, informando as autoridades no caso de ser vítima de qualquer tipo de maus-tratos.

Sendo assim, os autores supracitados indicam que a vítima não deverá ter vergonha nem se isolar mas tentar conversar com alguém da sua confiança sobre o assunto. Deverá dirigir-se à esquadra da PSP, ao posto da GNR, piquete da PJ (ou directamente aos serviços do Ministério Público para apresentar queixa criminal e exigir um documento que comprove a queixa ou denúncia efectuada (a vítima deverá fazer-se acompanhar dos seus elementos de identificação: bilhete de identidade ou cartão de cidadão). Poderá ser apresentada queixa directamente ao Ministério da Administração Interna por meio electrónico através da página queixaselectronicas@mail.gov.pt; feita denúncia aos serviços de saúde e da Segurança Social ou estabelecidos contactos com associações de apoio como a APAV (www.apav.pt). A vítima também deverá informar-se relativamente ao facto de ter ou não condições para beneficiar da concessão do benefício do apoio judiciário que consiste num requerimento dirigido à Segurança Social onde se requer, mediante informações do nível económico do agregado familiar do requerente, ajuda no pagamento integral das custas e despesas com o processo e honorários do mandatário (advogado ou solicitador) ou ajuda somente quanto às custas do processo, ficando o requerente com o encargo do pagamento dos honorários.

São diversas as localidades que, de acordo com Duarte e Barbosa (2001), têm disponíveis gabinetes de apoio à pessoa idosa vítima de maus-tratos. São designados por Grupos de Estudos e Atendimento das Pessoas Idosas Vítimas de Maus-Tratos e Negligência (GEAVI) e promovem consultas com vista a solucionar as causas da vitimização, através do treino de competências de assertividade e da resolução de problemas familiares.

Segundo os autores supracitados, o idoso deverá adquirir uma postura proactiva, colaborando e participando na resolução de situações de maus-tratos que aconteçam com ele ou com alguma pessoa que ele conheça. Deste modo, é o contributo e a perspectiva do idoso sobre esta problemática que determinarão a eficaz minimização das situações de maus-tratos de que o idoso tenha sido vítima ou de alguém que este conheça.

2.9.1. Recursos e Serviços na RAM

Na RAM, tendo por base a Campanha Regional Contra a Violência Doméstica que ocorre entre 25 de Novembro de 2010 e 25 de Novembro de 2011, existem diversos organismos que apoiam as pessoas vítimas de violência doméstica. Pode-se destacar assim as estruturas de atendimento especializado: Equipa de Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e a Associação “Presença Feminina”. Quanto às Estruturas de Apoio Não Especializado na área da Segurança e Justiça pode-se dar relevo à PSP; à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e Serviços do Ministério Público/Tribunais; na área da saúde aos Centros de Saúde e Hospitais e na área da Segurança Social ao Serviço Local de Acção Social.

Poderão ser utilizados, de igual modo, os seguintes contactos: 112 – PSP; 144 – Linha de Emergência Social; 291 205 135 – Equipa de Apoio à Vítima de Violência Doméstica (CSSM) e 291 759 777 – Associação “Presença Feminina”.

Também poderão ser facultados serviços de apoio psicológico, jurídico, social e de protecção: PSP e Casa Abrigo.

Capítulo III

Qualidade de Vida no Idoso

3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

De acordo com Silva (2009) a qualidade de vida na velhice é um fenómeno complexo que possui múltiplas influências, o que o torna um conceito de difícil definição e sobre o qual não existe um consenso satisfatório. A procura pela qualidade de vida e dos seus significados tem evoluído ao longo dos tempos e de variadas formas.

Zhan (1992), citado por Silva (2009), refere que o conceito de qualidade de vida surgiu no pensamento de Aristóteles, sendo definido pelo filósofo como “vida boa ou vida eudaimonia” (Silva, 2010, p. 160). O mesmo autor identifica o conceito de qualidade de vida também na tradicional cultura chinesa nos princípios de *Yin* e *Yang*, onde esta seria o equilíbrio entre forças energéticas positivas (*Yin*) e negativas (*Yang*). Desta forma seria possível obter a integridade da vida, incorporando a sua mutabilidade e os seus potenciais para o bem e para o mal.

Farquhar (1995), citado por Silva (2009), defende que a nível da cultura ocidental, este conceito foi inserido pela primeira vez após a II Guerra Mundial no vocabulário norte-americano, tendo a definição de bens materiais. Silva (2009) indica que a Comissão de Metas Nacionais do Presidente Eisenhower em 1960 definiu o conceito de qualidade de vida atribuindo-lhe os significados de educação, saúde, bem-estar e crescimento económico. Sendo assim, este conceito passa a representar a “vida boa”, ultrapassando a barreira dos bens materiais.

O autor supracitado defende que actualmente e como consequência do crescimento económico e social na Europa e América do Norte, a investigação social promoveu estudos no sentido de medir a qualidade de vida social tendo por base indicadores sociais como a delinquência, o divórcio, as casas e os carros. No entanto, houve uma corrente que se opôs a essa ideologia, determinando a necessidade de indicadores sociais subjectivos dado que as respostas subjectivas eram mais coerentes devido às pessoas agirem de acordo com o aspecto subjectivo.

Lopez Díaz (1999), referido por Silva (2009), defende que as variações que têm acontecido ao longo dos tempos, a nível social e histórico, poderão estar a interferir na vida das pessoas. Tendo em conta esta situação, é um facto que os idosos dos tempos actuais, tendo em conta estas interferências, têm diversas concepções sobre o que significa qualidade de vida.

Fleck (2008) indica que a qualidade de vida surgiu associada à saúde surgiu na década de 1970. Na última década a produção científica sobre a qualidade de vida tem aumentado significativamente.

3.2. CONCEPTUALIZAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

De acordo com Knorst, Silva, Mantelli e Bós (2001), actualmente existe uma grande dificuldade para definir qualidade de vida não sendo esta passível de mensuração uma vez que é uma questão subjectiva. Este conceito está relacionado com a sensação de bem-estar, autonomia, independência e satisfação pessoal. Estas características são individuais dado que o comportamento e hábitos de vida variam de sujeito para sujeito.

Para Knorst, Silva, Mantelli e Bós (2001, p.30) a “qualidade de vida pode ser definida também como a habilidade ou capacidade para desempenhar actividades ou tarefas da vida diária, obtendo assim satisfação.”

Segundo Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), o termo qualidade de vida surgiu na década de 90 na OMS onde se formou um grupo que assumiu o estudo da mesma, definindo-a como “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994)”. Neste modelo da OMS, a qualidade de vida abrange as dimensões: física, psicológica, social e ambiental, introduzindo diversas variáveis que não se sobrepõem à satisfação de vida quanto à compreensão do processo de envelhecimento.

Ainda de acordo com Rothermund e Brandtstadter (2003), citados por Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), os esforços compensatórios aumentam até aos 70 anos, observando-se a partir daí um reajuste de expectativas ao desempenho possível. Passa a imperar o *coping acomodativo*, que permitirá assegurar uma percepção positiva da qualidade de vida. Percepção esta que estará dependente da existência de recursos externos (equipamentos e serviços) disponíveis para idosos.

A “natureza abstracta do constructo qualidade de vida” (Pascoal, 2002, citado por Silva, 2009, p.161) determina o porquê da boa qualidade de vida ter diversos significados de acordo com as pessoas, os lugares e as ocasiões, dado serem todos distintos. Sendo assim, existe um número interminável de conceitualizações de qualidade de vida, podendo este constructo ser visto por diversos pontos de vista que se alteram com a época, o país, a cultura, a classe social, de indivíduo para indivíduo e dentro do mesmo indivíduo conforme o decorrer do tempo, os estados emocionais e os acontecimentos quotidianos, sócio-históricos e ecológicos. Torna-se complicado efectuar uma comparação devido à heterogeneidade e multiplicidade de conceitos.

Podemos considerar, de acordo com Meeberg (1993), citado por Silva (2009), que a qualidade de vida é “um constructo multifacetado que integra o comportamento

individual e as capacidades cognitivas, o bem-estar emocional e físico que se manifestam na performance profissional e nos papéis sociais do indivíduo” (p. 161).

Bowling (1995), citado por Silva (2009), indica que tendo por base os conceitos presentes na literatura, a qualidade de vida é um conceito vago, multidimensional e amorfo, incorporando, a nível teórico, todos os aspectos da vida humana e é por isso utilizado por muitas disciplinas.

Ferrans e Powers (1985), citados por Silva (2009), afirmam que existe também uma abordagem individualística, ou seja, uma visão ideológica na qual a própria pessoa define a qualidade de vida de acordo com o que esta significa para ela. Sendo assim, o sujeito é questionado sobre a avaliação que faz da sua própria qualidade de vida relativamente a domínios específicos da vida. A qualidade de vida é a sensação que o indivíduo tem de bem-estar, dependente da sua experiência de vida, da qual advém a satisfação ou insatisfação de acordo com o julgamento que o idoso faz tendo em conta as suas preferências e valores.

Oleson (1990), citado por Silva (2009), explana que a qualidade de vida compreendida subjectivamente é um objecto de prioridade no planeamento, implemento e avaliação das políticas de saúde e decisões de tratamento. A realidade é subjectiva e determinada pela percepção.

Os investigadores são consensuais em afirmar que este é um conceito dúbio e variável e que a sua definição depende de um conjunto de factores subjectivos e objectivos que são influenciados por valores culturais, religiosos e étnicos (Cianciarullo, 1998; Ferrans e Powers, 1992 e Ferrans e Powers, 1993, citados por Silva, 2009).

Conforme Meeberg (1993), citado por Silva (2009), a qualidade de vida pode ser considerada uma sensação de satisfação geral com a vida. Para além da percepção individual ou subjectiva do indivíduo sobre a sua qualidade de vida também é necessário que uma pessoa distante da situação de vida desse sujeito esteja de acordo no que dita às condições de vida não ameacem a vida deste e serem adequadas à satisfação das suas necessidades básicas. Os aspectos subjectivos e objectivos da qualidade de vida são importantes na medida em que a pessoa pode estar a viver em más condições de vida e mesmo assim afirmar ter boa qualidade de vida.

Tal como a definição de qualidade de vida, também os métodos de avaliação são numerosos e inconsistentes. Muitos estudos evitam definir o que se propõe medir ou limitam as suas definições de acordo com o que os investigadores consideram as grandes componentes do conceito total (Farquhar, 1995, citado por Silva, 2009).

The WHOQOL Group (1995), citado por Silva (2009, p. 161), e Fleck (2008, p.25) indicam que a OMS define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Fleck (2008) defende que há concordância entre os investigadores no que respeita a algumas características do constructo que são compartilhadas por diversas correntes de opinião: subjectividade (perspectiva do sujeito, sendo que a realidade objectiva só é considerada na medida em que é percebida pelo sujeito), bipolaridade (dimensões positivas e negativas, uns elementos têm de estar presentes e outros ausentes) e multidimensionalidade (a avaliação da qualidade de vida deverá ser realizada através de um instrumento que considere vários domínios/dimensões).

Uma boa qualidade de vida existe quando as esperanças e expectativas do sujeito são satisfeitas pela experiência. A definição da qualidade de vida tem as seguintes implicações: só pode ser descrita pelo próprio indivíduo, tendo em conta vários aspectos da vida; relaciona-se aos objectivos e às metas de cada indivíduo; a melhoria está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objectivos; os objectivos têm de ser realistas para que o indivíduo tenha esperança de poder atingi-los; a acção é necessária para reduzir a distância entre a realização dos objectivos e as expectativas (através do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros) e a distância entre as expectativas e a realidade pode ser a motivação para alguns sujeitos (Calman, 1987, citado por Fleck, 2008).

Kimura (1999), citado por Silva (2009), indica que há uniformidade entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afectivo e emocional; às interacções sociais; ao trabalho e à situação económica, com enfoque na avaliação subjectiva dos indivíduos.

Minayo, Hartz e Bus (2000), citados por Silva (2009), afirmam que o constructo da qualidade de vida tem natureza social, abarca valores culturais e aspectos subjectivos. A sociedade constrói um parâmetro de qualidade de vida de acordo com cada fase do seu desenvolvimento e em cada etapa da histórica. Cada nação hierarquiza valores e necessidades baseando-se nas suas tradições e os padrões e concepções de bem-estar são estratificados (quando ocorrem desigualdades sociais a qualidade de vida está associada ao bem-estar dos estratos superiores e à passagem de um estrato para outro).

Lawton (1983), citado por Silva (2009), defende que a qualidade de vida na velhice pode definir-se com base na avaliação multidimensional que referencia critérios

socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o sénior ou idoso e o seu meio ambiente.

Segundo Fleck (2008) existem diversos modelos teóricos relativos à qualidade de vida. Hunt (1997), citado por Fleck (2008), indica os seguintes modelos teóricos: resposta emocional às circunstâncias; impacto da doença nos domínios emocional, ocupacional e familiar; bem-estar pessoal; habilidade da pessoa para realizar as suas necessidades e o modelo cognitivo individual. Os dois últimos modelos, tendo por base uma reflexão teórica e empírica, são os instrumentos mais consistentes.

McKenna e Whalley (1998), citados por Fleck (2008), determinam duas abordagens para medir a qualidade de vida: a funcionalista e a baseada nas necessidades (*needs-based*). De acordo com as ideias destes autores, Fleck (2008) determina que é possível agrupar os modelos teóricos de qualidade de vida em dois grandes grupos: o modelo de satisfação e o modelo funcionalista.

O modelo de satisfação foi desenvolvido com base em abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade” e “bem-estar”. (Diener, 1984, citado por Fleck, 2008). O indivíduo pode atingir um bom nível de qualidade de vida procurando um aumento das suas realizações ou uma diminuição das suas expectativas.

O modelo funcionalista considera, de acordo com Fleck (2008), que para ter uma boa qualidade de vida, o sujeito tem de desempenhar de forma satisfatória o seu papel social e as funções que valoriza. Deste modo, a doença torna-se um problema que interfere com o desempenho desses papéis e a saúde é considerada o maior valor da existência (McKenna e Whalley, 1998, citados por Fleck, 2008).

Em suma, Silva (2009) refere que a qualidade de vida é representada pelas respostas subjectivas dos indivíduos aos factores físicos, mentais e sociais que compõem a sua vida diária. A percepção da qualidade de vida é influenciada por diversas áreas: satisfação pessoal, auto-estima, desempenho, comparação com os outros, experiência e conhecimento prévio, situação económica, saúde geral e estado emocional, sendo, todos eles, factores que influenciam na percepção da qualidade de vida. Viver bem a velhice depende da interacção do idoso com o seu contexto de vida, do qual nascem os seus valores, a sua dimensão social e a sua história de vida.

3.3. QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

Jacob (2007) defende que o conceito de envelhecimento activo está intimamente ligado à qualidade de vida e permite que os indivíduos e os grupos populacionais descubram o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida e inclui a participação activa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e de políticas sociais. Tem como objectivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e da qualidade de vida.

Donald (1997), citado por Jacob (2007), formulou cinco classes gerais, que servem de referência para os profissionais e para os idosos, com vista a definir o conceito de qualidade de vida no idoso, sendo elas: o bem-estar físico (comodidade material, saúde, higiene e segurança); as relações interpessoais (relações com familiares, amigos e participação na comunidade); desenvolvimento pessoal (oportunidades de desenvolvimento intelectual e auto-expressão); as actividades recreativas (socialização, entretenimento passivo e activo) e actividades espirituais e transcendentais (actividade simbólica, religiosa e autoconhecimento).

De acordo com Jacob (2007), outros estudos descrevem que a qualidade de vida do idoso depende de diversos factores: ter autonomia para executar as actividades do dia-a-dia; assegurar uma relação e/ou com o exterior regular; possuir recursos económicos suficientes e realizar actividades lúdicas e recreativas regularmente.

O aumento da qualidade de vida, para além dos avanços da medicina, apresenta-se como a principal razão para o aumento da esperança média de vida. As condições de vida têm vindo a apresentar melhorias significativas em diversas áreas: na nutrição, nos níveis de higiene pessoal, nas condições sanitárias, nas circunstâncias de trabalho e nas residências. Os autores defendem que ter conhecimento das virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa qualidade de vida individual e social têm sido preocupações constantes do ser humano, manifestadas nas mais variadas áreas do conhecimento (Trentini, Chachamovich e Fleck, 2008).

Conforme Silva (2009), a qualidade de vida na terceira idade é um fenómeno que chama a atenção, no mundo actual, tanto dos demógrafos como dos geriatras e gerontólogos sociais e sobre o qual muitos investigadores têm-se empenhado em construir instrumentos de medida. Existe um crescente interesse a nível da investigação no que dita à caracterização dos factores que determinam uma boa qualidade de vida na velhice nos domínios físico, psicológico e social, bem como pelo reconhecimento das concepções sobre o significado desse conceito entre os idosos. Quanto à intervenção há a ne-

cessidade de um aumento de consciência e de valorização da importância de identificar e promover condições que promovam uma velhice longa e saudável, com uma relação custo-benefício que seja favorável para os idosos e para instituições sociais, num contexto onde exista igualdade na distribuição de bens e de oportunidades sociais.

Bowling, Banister e Sutton (2002), citados por Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), a partir de um estudo sobre a qualidade de vida na população idosa do Reino Unido, concluíram que os aspectos que os idosos a viver na comunidade mais valorizam são: ter boas relações com a família e os amigos; desempenhar papéis sociais (voluntariado e *hobbies*); ter boa saúde e funcionalidade; viver numa casa com boas condições, numa zona agradável e com boa vizinhança, manter o controlo e a independência e uma visão positiva da vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), citada por Portugal e Azevedo (2011), a saúde é uma condição de bem-estar físico, mental e social.

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde tem relação directa com a mudança de modelo de abordagem da saúde, passando de uma ênfase biomédica para uma mais holística, biopsicossocial. As intervenções médicas passaram a dar relevo à melhoria do bem-estar geral (doenças crónicas) para além dos resultados em termos de mortalidade e morbilidade (Paúl e Fonseca, 2001, citados por Paúl, Fonseca, Martín e Amado, 2005).

Segundo Neri (2001), citado por Silva (2009), na visão multidimensional da qualidade de vida na velhice existem três elementos fundamentais: depende de muitos elementos em interacção (biológicos, psicológicos, sociais e espirituais); é produto de uma história interacional (entre os indivíduos e a sociedade) e a avaliação da qualidade de vida envolve a comparação com critérios objectivos e subjectivos, agregados a normas e a valores sociais e individuais, que se alteram no decorrer do tempo.

É explanado ainda por Silva (2009) que as condições objectivas podem apurar-se por observadores externos, a partir de critérios conhecidos e replicáveis, tais como: as competências comportamentais do indivíduo; as condições físicas do ambiente; a disponibilidade dos serviços de saúde, lazer e educação; o nível de renda; as características da rede de relações informais; os índices de urbanização e de alfabetização da sociedade; as condições de trabalho e os padrões sociais de morbilidade e mortalidade para as várias faixas etárias.

Segundo Neri (2001), citado por Silva (2009), quanto às condições subjectivas estas podem ser apuradas de modo indirecto baseando-se nos relatos dos indivíduos e nas opiniões prevalentes no grupo relativas às condições objectivas disponíveis, ao grau

que percebem como satisfatório e às suas consequências no bem-estar individual e colectivo.

Existe um modelo multidimensional, de Lawton, da qualidade de vida na velhice, grandemente conhecido na literatura gerontológica internacional, no qual os múltiplos aspectos e influências intrínsecas ao acontecimento são apresentados em quatro dimensões que se inter-relacionam: competência comportamental; condições ambientais; qualidade de vida percebida e bem-estar subjectivo (Lawton, 1991, Neri, 2001, e Paschoal, 2002, citados por Silva, 2009).

A competência comportamental determina a avaliação socionormativa do nível funcional do indivíduo nas áreas da saúde, do físico, da cognição, do tempo e do comportamento social. Esta diz respeito a normas ou parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais, abrangendo graus de objectividade na observação (Lawton, 1991, Neri, 2001, e Paschoal, 2002, citados por Silva, 2009).

As condições ambientais dizem respeito ao contexto físico, ecológico e ao que o homem constrói, que influencia e dá as bases para a competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental) e tem relação directa com o bem-estar percebido. Para que as pessoas se sintam adaptadas ao ambiente é necessário que este seja compatível com as capacidades físicas e com as competências comportamentais.

A qualidade de vida percebida refere-se à avaliação subjectiva que cada pessoa faz do seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Essa dimensão compreende uma estrutura interna que ocorre em paralelo com a competência comportamental (Lawton, 1991, Neri, 2001, e Paschoal, 2002 citado por Silva, 2009).

Conforme os autores supracitados, o bem-estar subjectivo significa a satisfação com a própria vida, satisfação global e satisfação específica no que diz respeito a certos aspectos da vida; reflecte as relações entre condições objectivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria qualidade de vida, as três dimensões precedentes.

Os autores reconhecem que para conhecer a experiência da qualidade de vida, é necessário ir directamente ao indivíduo para ouvir dele como a vida lhe parece, o que obriga o investigador a adentrar o domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores.

De acordo com Knorst, Silva, Mantelli e Bós (2001) alguns autores defendem também que a qualidade de vida pode ser classificada como: condição psicológica e sensação de bem-estar; interacção social; factores e condições económicas e, de igual

modo, os direitos humanos, em alguns países em desenvolvimento, também são relevantes para a mesma.

Para identificar as alterações do estado funcional (autonomia e independência) que afecta a qualidade de vida do idoso deve-se considerar e abordar de forma global as questões biopsicossociais. Cella e Tulusky (s.d) citados por Knorst, Silva, Mantelli e Bós (2001) consideram que a qualidade de vida engloba dez itens importantes, sendo eles: a preocupação física; a habilidade funcional; o bem-estar da família; o bem-estar emocional; a espiritualidade; a função social; a satisfação a tratamento; a orientação do futuro; a sexualidade/intimidade e a função ocupacional. Os itens referidos são individuais e pessoais, fazendo com que os indivíduos tenham uma visão muito subjectiva da sua saúde e bem-estar.

A qualidade de vida pode ser influenciada pelo estado de saúde (médico, social e mental) e pelas condições socioeconómicas e factores do meio onde a pessoa reside e com o qual estabelece relação. Tanto os factores relacionados com o meio como tudo o que está inserido nele são relevantes (Knorst, Silva, Mantelli e Bós, 2001).

Os idosos que apresentam mais doenças também possuem uma maior probabilidade de terem dificuldades na mobilidade, mudanças funcionais ou de ficarem hospitalizados. Os motivos destas inabilidades seriam as doenças crónicas, as fracturas do quadril, os derrames, a artrite e as doenças cardíacas. Também se torna importante a observação da cognição porque poderá interferir no grau de autonomia e independência do idoso (Knorst, Silva, Mantelli e Bós, 2001).

De acordo com Paschoal (2002), citado por Silva (2009), a melhoria da qualidade de vida fica comprometida devido aos estereótipos associados ao envelhecimento e velhice, sendo as características de alguns idosos generalizadas incorrectamente para todos. Ocorre, de modo geral, uma dificuldade em distinguir senescência de senilidade que em conjunto com uma visão estereotipada provoca uma negação da velhice ou a negligência das suas vontades, necessidades e desejos.

Deve-se considerar a autonomia ligada às “actividades da vida diária” na medida em que se relaciona a qualidade de vida com a funcionalidade (independência). As actividades podem ser definidas como básicas (AVD) e instrumentais (AIVD). As AVD são actividades de autocuidado, tais como: tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, deitar ou levantar-se da cama para uma cadeira, ter autocontrolo da urina e evacuação e alimentar-se sozinho. As AIVD são mais elaboradas que as primeiras e englobam: preparar as suas refeições, realizar trabalho doméstico, lembrar-se de tomar os medicamentos,

subir escadas, caminhar fora de casa, fazer compras e utilizar transportes públicos (Knorst, Silva, Mantelli e Bós, 2001).

Estas actividades são instrumentos relevantes para a orientação para a necessidade de terapêutica, reabilitação (para reestabelecer e adquirir o máximo de autonomia e independência, melhorar as relações interpessoais e trabalhar as deficiências funcionais aumentando a auto-estima) e prevenção.

Knorst, Silva, Mantelli e Bós (2001) indicam que a prevenção de doenças crónicas (com diminuição da autonomia) está relacionada também à alimentação saudável, à prática de actividade física e a uma maior aptidão física, reduzindo assim a mortalidade e aumentando a qualidade de vida dos adultos.

De acordo com Fontaine (2000), a velhice bem-sucedida está associada à reunião de três categorias de condições: reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia; manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico (por vezes denominado velhice óptima) e a conservação da importância social e do bem-estar subjectivo. Estes três tipos de condições reúnem-se, em proporções variáveis, de acordo com as diferentes influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram durante a vida.

Conforme o autor supracitado a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjectivo e a satisfação de viver dependem da participação social que se define por duas componentes: manutenção das relações sociais e a prática de actividades produtivas.

Os indicadores de bem-estar na velhice são vários: a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a satisfação, o controlo cognitivo, a competência social, a produtividade, a actividade, o *status* social, a renda, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais e a continuidade de relações informais (rede de amigos). Não é possível ainda esclarecer o grau de importância de cada um e das suas inter-relações. Expressões equivalentes à qualidade de vida são o bem-estar psicológico, bem-estar subjectivo e envelhecimento bem-sucedido (Terra e Cunha, 2001).

De acordo com Portugal e Azevedo (2011), a velhice tem determinadas características específicas, no entanto o mais relevante é minimizar os sinais que os idosos reconhecem e perceber que estes são normais do envelhecimento e não deverão constituir ameaças à integridade física, mental e social. O idoso deve estar sempre atento às manifestações problemáticas que interferem com o seu bem-estar ou funcionamento diário e consultar um profissional de saúde da sua confiança.

O desenvolvimento de actividades de lazer, que se revelem do interesse do idoso, determina o alcance de níveis satisfatórios de bem-estar e contribui para a promoção

da saúde (Terra e Cunha, 2001, e Lennartsson e Silverstein, 2001, citados por Portugal e Azevedo, 2011). Algumas das actividades de lazer que podem ser praticadas para melhorar a qualidade de vida do idoso são: os jogos, a cultura e história, a aventura e natureza, o entretenimento, a informação, as artes, o turismo e o desporto. O lazer é fundamental para o bem-estar físico, mental e social (Portugal e Azevedo, 2011).

Para otimizar a qualidade de vida na velhice devem ser tidas em conta as diversas áreas essenciais à vida do idoso, tais como: manter uma actividade profissional, manter a socialização, praticar exercício/actividade física, ter uma alimentação saudável, evitar o *stress*, evitar o tabaco, realizar exames de rotina, prevenir os acidentes e as quedas, ter atenção à administração da medicação, consumir álcool com moderação e manter uma vida sexual activa e com fonte de afectividade. De igual modo, a religião (fé) pode trazer sentido à vida do idoso e ajudá-lo a superar angústias, solidão e outros problemas comuns a esta fase da vida (Terra e Cunha, 2001).

Segundo Ouwehand, Ridder e Bensing (2007), citados por Portugal e Azevedo (2011), há uma necessidade de preparação para a velhice e para as suas preocupações com vista a antecipar possíveis dificuldades que surjam e com as quais estes os idosos saibam lidar. A prevenção, nestas situações, torna o idoso mais competente para enfrentar os desafios que surgem de forma mais eficaz. Importa analisar o modo como reagem a uma preocupação, o que lhes vai permitir saber mais facilmente qual a estratégia que resulta para eles.

3.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA

De acordo com Neri (2001), citado por Silva (2009), a avaliação das características dos vários domínios da qualidade de vida tem como referência critérios biológicos, psicológicos, espirituais e sociais aplicados às relações actuais, passadas e prospectivas dos sujeitos, grupos humanos e sociedade com o ambiente físico e social. Nesta avaliação são tidos em conta, também, os valores individuais e sociais a respeito do que é normal e do que é tido como desejável, agradável ou ideal quanto ao bem-estar subjectivo e objectivo.

A forma como a avaliação da qualidade de vida é efectuada deve englobar a conceituação do constructo. Essas medições, para alguns autores, são meramente subjectivas e de carácter individual enquanto para outros devem ser do tipo objectivo como o *status* socioeconómico, condições de moradia, educação, trabalho e funcionalidade

física. O estudo e a avaliação da qualidade de vida é relevante para a população idosa mas também para diversos segmentos populacionais e disciplinas (Silva, 2009).

Segundo Paschoal (2002), citado por Silva (2009), a avaliação da qualidade de vida nos idosos engloba factores como os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos relativamente à velhice e a dificuldade em tomar decisões ou em estabelecer conceitos de probabilidade por parte dos idosos. Estes factores podem afectar o seu desempenho em testes, a sua opinião sobre situações de vida, o medo de errar e a expectativa sobre que resposta é que os investigadores esperam no que dita ao valor atribuído a estados de saúde ou de satisfação. Quando aplicados a pessoas idosas, estas questões afectam o grau de confiabilidade dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida.

Grimley-Evans (1992), citado por Silva (2009), afirma que avaliar a qualidade de vida em idosos é uma situação intimamente ligada a questões do foro ético e profissional. Questiona-se deste modo qual o direito do investigador ou profissional de saúde em intervir numa situação na qual os idosos dizem estar satisfeitos com vista a melhorá-la e qual o limite da intervenção tendo em conta a relação custo-benefício para o idoso.

Segundo Williams (1996), citado por Silva (2009), a manutenção da integridade, da independência e da autonomia sofre a influência de diversos factores negativos. Pode-se verificar muitas diferenças individuais entre a população idosa (características físicas, mentais, psicológicas, de saúde e socioeconómicas) que são mais visíveis nesta faixa etária, tornando as conclusões e o cuidado necessário a respeito de qualidade de vida muito individualizado.

Paschoal (2002), citado por Silva (2009), refere existir um número reduzido de instrumentos específicos da avaliação de qualidade de vida das pessoas idosas. O autor defende que os instrumentos devem ser multidimensionais e ter em consideração a especificidade da população idosa. Como o envelhecimento é uma experiência heterogénica, a vida do idoso será avaliada com base em padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diversos.

Num estudo realizado por Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) foram constatados os seguintes resultados: a qualidade de vida é tanto maior quanto o nível de autonomia; a qualidade de vida física, psicológica e ambiental depende da percepção da saúde; a qualidade de vida física e psicológica é influenciada pela idade; quanto à rede de suporte social, os confidentes são uma variável associada a quase todos os domínios da qualidade de vida (excepto a física) e a qualidade de vida social e ambiental é predita pelos amigos; a qualidade de vida física e psicológica está relacionada com o nível de educação e a qualidade de vida ambiental tem como preditor o rendimento. O único

domínio da satisfação de vida que surge como preditor da qualidade de vida (excepto no domínio ambiental) é a solidão.

Conforme os referidos autores, o baixo nível de escolaridade e de rendimentos é relevante na avaliação da qualidade de vida.

A rede de suporte social é extensa e é constituída por familiares, amigos, vizinhos e alguns confidentes. Esta rede está claramente associada à qualidade de vida, tanto no seu todo como nos seus vários domínios.

A idade dos idosos está intimamente relacionada com a percepção que estes possuem da qualidade de vida.

A falta de saúde contribui grandemente para a diminuição da qualidade de vida dos idosos. Para além da saúde real, a saúde percebida também é relevante e a maioria dos idosos demonstra estar insatisfeito com a mesma.

Os indicadores da qualidade de vida não revelam grandes diferenças de género, à excepção do sentimento de solidão e da percepção de qualidade de vida psicológica.

A percepção de qualidade de vida aparece intimamente ligada a variáveis socio-demográficas, a variáveis físicas e de contexto. As associações verificadas entre a qualidade de vida e as variáveis contextuais físicas e sociais apontam no sentido da sua promoção numa perspectiva comunitária.

Aumentar o nível de educação e rendimento, o acesso a saúde e a serviços, bem como a integração social, podem ser meios para implementar o envelhecimento activo e a qualidade de vida (Paúl, Fonseca, Martín e Amado, 2005).

2^a PARTE

COMPONENTE PRÁTICA

Capítulo IV

Metodologia

4.1. METODOLOGIA

Neste capítulo do trabalho ir-se-á expor a delimitação do problema; a descrição do desenho da investigação; estabelecer a questão do estudo; os objectivos; a amostra; as hipóteses; as variáveis; a operacionalização das variáveis; o local; as limitações; os procedimentos de recolha de dados; os procedimentos éticos e o processamento dos dados.

A presente investigação pretende observar a relação entre os maus-tratos e a qualidade de vida nos idosos sobre os quais recai este trabalho.

A escolha do tema surge com base na limitada existência de investigações nesta área e da necessidade crescente de identificar os maus-tratos praticados contra o idoso na comunidade que tanto influenciam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida deste. Na Região Autónoma da Madeira existem poucos organismos que dão relevo a este acontecimento e os idosos, geralmente, optam por manter o silêncio devido à ausência de apoio.

A nível metodológico optou-se por realizar uma investigação quantitativa com vista a descrever as variáveis, examinar as relações que se podem estabelecer entre elas.

O presente estudo é do tipo descritivo-exploratório. É de delineamento descritivo na medida em que se propõe descrever o risco de ocorrência de abuso e a qualidade de vida do idoso bem como os factores associados a estes acontecimentos. É exploratório na medida em que não existe um número de informações cientificamente relevantes elaboradas que se relacionem com a pesquisa em questão.

A natureza da nossa pesquisa é transversal dado que foi realizada num determinado período de tempo (momento) definido previamente, no qual foi aplicado o instrumento de recolha de dados.

Com este estudo procurar-se-á responder à seguinte questão: em que medida os maus-tratos praticados contra o idoso influenciam a sua qualidade de vida?

4.1.1. Objectivos

Este estudo tem objectivos que se coadunam à preocupação dos investigadores relativamente aos idosos na área dos maus-tratos praticados contra esta população e da qualidade de vida.

Descreve-se em seguida o objectivo geral desta investigação:

- Avaliar a influência do risco do abuso ou negligência na qualidade de vida dos idosos.

Como objectivos específicos determinou-se:

- Avaliar o risco de abuso e/ou negligência aos idosos no contexto comunitário;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos no contexto comunitário.

4.1.2. População e amostra

A amostra é do tipo não-probabilístico por conveniência e é constituída por 48 sujeitos de uma população de 72 idosos, o que corresponde a 66,7% da população alvo sendo representativa desta mesma população com um erro máximo de 8,3 para um grau de confiança de 95%. Utilizou-se como critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Ser utente de um dos Centros Sociais do Concelho de Santana;
- Possuir capacidade cognitiva para responder oralmente às questões dos instrumentos de recolha de dados;
- Dar consentimento para participar no estudo.

O número de sujeitos pertencentes à amostra não foi em número mais elevado devido a alguns idosos estarem inscritos e não frequentarem os Centros Sociais e muitos terem idade inferior a 65 anos, o que constitui-a um factor de exclusão do estudo.

4.1.3. Variáveis

A variável dependente a ser estudada é a qualidade de vida do idoso enquanto a variável independente a considerar é o abuso e/ou negligência.

Farão parte do presente estudo variáveis de atributo ou demográficas que surgem com o intuito de descrever as características dos sujeitos em estudo, são elas: a idade, o género, o estado civil, a última profissão desempenhada, o nível de escolaridade, o agregado familiar, se vive em casa própria, os meios de subsistência, o receber ou fazer visitas, os passatempos e o estado de saúde.

A Parte I do instrumento de recolha de dados possui seis questões de resposta fechada, relativamente ao género (dicotómica), estado civil (alternativas de múltipla escolha de cafetaria, com mostruário fechado ou de leque), nível de escolaridade (alternativas de múltipla escolha de cafetaria, com mostruário fechado ou de leque), vive em casa própria (dicotómica), meios de subsistência (alternativa tricotómica) e se vai visitar ou se recebe visitas (dicotómica), duas questões de resposta aberta no que respeita à idade e à última profissão desempenhada, uma questão de múltipla escolha

com mostruário aberto relativa ao agregado familiar, uma questão de resposta fechada (dicotómica) relativa aos passatempos, onde se inclui uma sub-pergunta (Qual?) de resposta aberta e uma pergunta de estimação ou avaliação, com uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (Péssimo) e 5 (Muito Bom) para determinar a avaliação que o idoso faz do seu estado de saúde.

A parte II do instrumento de recolha de dados efectua-se através da versão portuguesa do instrumento WHOQOL-Bref, que é uma versão abreviada do questionário WHOQOL-100 (instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS), um questionário de perguntas fechadas que permite avaliar a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Optou-se pela utilização do WHOQOL-Bref pelo facto de se estar a efectuar o estudo à população idosa por ser curto, de fácil administração e compreensão. Neste estudo, apesar do instrumento poder ser aplicado de diversas formas, foi aplicado e assistido pelo investigador. O instrumento para medir a qualidade de vida é composto por uma escala do tipo Likert que varia de 1 (extremo negativo) a 5 (extremo positivo).

É composto por 26 questões, sendo as duas primeiras perguntas gerais, relativas à percepção da pessoa idosa acerca da sua qualidade de vida e à satisfação com a sua saúde. As restantes 24 questões englobam os 4 domínios da qualidade de vida e as facetas que correspondem a cada domínio, medindo o grau de satisfação do idoso em relação a cada uma das componentes. As facetas do componente físico (Domínio I) são: a dor e desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, as actividades da vida quotidiana, a dependência de medicações ou tratamentos e a capacidade de trabalho. O componente psicológico (Domínio II) engloba as facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e sentimentos negativos. As facetas do componente das relações sociais (Domínio III) são: relações pessoais, suporte (apoio) social e actividade social. Por fim o componente meio ambiente (Domínio IV) engloba as facetas: segurança física e protecção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte.

O questionário Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) (Neale, Hwalek, Sengstock, Scott e Stahl, 1991) foi adaptado para português de Portugal pelo investigador deste estudo. Este é um questionário constituído por 15 itens compostos por 15 questões de resposta fechada (dicotómicas: sim ou não) e foi

elaborado com o intuito de ser aplicado em agências de serviços sociais e de saúde para identificar o abuso e/ou negligência contra o idoso e as pessoas que correm risco de vir a sofrer de abuso e/ou negligência. Este instrumento é constituído por três domínios:

- Características de uma situação de abuso potencial (7 itens): 2 - O(A) senhor(a) está a ajudar a sustentar alguém?; 5 - Sente-se desconfortável com alguém da sua família?; 7 - Sente que ninguém o quer por perto?; 8 - Alguém da sua família consome muitas bebidas alcoólicas?; 12 - Confia na maioria das pessoas da sua família?; 13 - Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas? e 14 - Em casa, tem privacidade suficiente?.
- Violação dos direitos pessoais ou abuso directo (5 itens): 4 - As outras pessoas costumam tomar decisões por si sobre a sua vida – por exemplo onde é que deve viver ou onde é que deve morar?; 9 - Alguém da sua família o(a) obriga a permanecer na cama ou lhe diz que o(a) senhor(a) está doente quando o(a) senhor(a) sabe que não está?; 10 - Alguém já o obrigou a fazer coisas que não queria fazer?; 11 - Alguém já lhe retirou coisas que lhe pertenciam sem o seu consentimento? e 15 - Alguém próximo de si tentou magoá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?.
- Características dos idosos que os tornam mais vulneráveis ao abuso (3 itens): 1 - Tem alguma pessoa que lhe faça companhia, que o(a) leve às compras ou ao médico?; 3 - Costuma sentir-se muitas vezes triste ou só? e 6 - Tem capacidade para tomar os seus medicamentos e para se deslocar a diferentes locais por conta própria?.

Uma pontuação igual ou superior a 3 indica que os idosos podem estar em risco elevado de vir a sofrer de abuso e/ou negligência. São consideradas em risco de abuso as pessoas que respondam negativamente às questões 1, 6, 12 e 14 e afirmativamente às restantes questões.

Por fim, aplicou-se o questionário “Perguntas de Eliciação do Abuso ou Negligência a Adultos Idosos” (Questions to Elicit Elder Abuse - QEEA, Carney, Kahan & Paris, 2003) adaptado à população portuguesa por Ferreira-Alves e Sousa (2005) que efectuaram um estudo sobre os indicadores de maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência numa população idosa da cidade de Braga.

Este instrumento é composto por 12 questões de resposta fechada (dicotómicas: sim ou não), 1 pergunta de múltipla escolha com mostruário aberto (podendo ser especificada outra situação que não as mencionadas) e 2 perguntas de resposta fechada (dicotómicas: sim ou não) que se forem respondidas afirmativamente englobam duas

sub-perguntas abertas. Todas estas questões tem o intuito de determinar os indicadores prováveis de abuso.

As questões um (Actualmente sente medo de alguém na sua casa?); dois (No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém?); três (No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto?) e quatro (No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão?) referem-se ao domínio da avaliação do abuso físico. As questões cinco (Actualmente sente-se sozinho(a)?), seis (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?), sete (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?), oito (No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer?) e nove (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 e outros) dizem respeito à avaliação do domínio do abuso emocional. As questões dez (Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços?), onze (No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo?), doze (Actualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo? Se sim, como?) e treze (Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la? Se sim, como?) surgem para avaliar o domínio da negligência e por fim, as questões catorze (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?) e quinze (No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?) servem para a avaliação no domínio do abuso financeiro.

A pontuação é baseada na soma de respostas afirmativas, uma vez que cada resposta afirmativa revela um indicador de abuso. A resposta negativa às questões doze e treze é considerado um indicador de maus-tratos.

4.1.4. Local

O local onde a investigação se desenvolveu foi no Concelho de Santana, nos três Centros Sociais e Municipais do Concelho de Santana: Centro Social Municipal da Silveira; Centro Social Municipal do Lombo de Cima e Centro Social Municipal da

Ribeira Funda. A escolha destes locais foi o meio encontrado para chegar aos idosos que vivem em comunidade e frequentam o Centro Social.

Santana foi elevada a cidade em 2001 e, deste modo, considerada a primeira cidade do século XXI a nível mundial. É nesta freguesia que se encontra a maioria dos serviços do Concelho. O nome deriva da sua padroeira Sant'Ana, foi fundada como freguesia em 1552 e elevada a Concelho em 1835 (Jornal da Madeira, 2010).

Hoje em dia tem muitos acessos rodoviários notáveis (ligações por túneis e vias-expresso), o que veio a promover um maior desenvolvimento e a permitir um maior número de contactos culturais consideráveis salientando-se o seu património cultural. O Concelho é conhecido pela preservação da memória das suas histórias, tradições, usos e costumes, ou seja, os seus traços etnográficos e folclóricos.

De acordo com o Jornal da Madeira (2010), a construção de centros sociais nas freguesias do Concelho de Santana surge no âmbito do programa determinado pela vereação do Município liderada pelo Sr. Dr. Rui Moisés, principal promotor da Santana Cidade Solidária e ex-deputado social-democrata na Assembleia Legislativa da Madeira.

A criação dos Centros Sociais surgiu com os seguintes objectivos: criar proximidades entre as populações e estimular o diálogo e a cooperação intergeracional.

No Jornal da Madeira (2010), o Presidente da Câmara Municipal de Santana indica, referindo-se às características e capacidades dos Centros Sociais que estes são um espaço de múltiplas facetas que se destinam a todos os grupos etários mas que se direccionam essencialmente para os mais jovens e mais velhos (dos 4 aos 100 anos).

As actividades realizadas nestes Centros são em grande variedade e dinamizadas durante todo o ano e de acordo com as necessidades do público que os frequenta. Existem computadores e acesso à Internet, para os mais jovens, e um atelier que engloba as artes domésticas, cursos de formação específicos e uma horta para a valorização da agricultura e por conseguinte fazer com que as pessoas mais velhas se sintam válidas ao ajudar os jovens neste âmbito favorecendo situações de aprendizagem específicas (Jornal da Madeira, 2010).

4.1.5. Limitações

Ao longo desta investigação surgiram diversas limitações que dificultaram a realização da mesma, podendo-se destacar as seguintes:

- O facto de se ter considerado idosos as pessoas com 65 e mais anos limitou o tamanho da amostra uma vez que muitas pessoas que frequentavam os Centros Sociais se situavam ligeiramente abaixo dos 65 anos;
- Parte dos idosos que se encontravam inscritos nos Centros Sociais não os frequentava, nomeadamente na altura em que foi realizada a recolha de dados por ser Verão e estes aproveitarem para trabalhar na agricultura;
- Impaciência de alguns idosos para responder a todas as perguntas, referindo que o instrumento de recolha de dados era demasiado extenso;
- Actividades a ser realizadas nos Centros Sociais coincidentes com os dias de recolha de dados;
- A divagação sobre as mais diversas temáticas por parte do idoso aumentando assim o período de aplicação do instrumento de recolha de dados;
- A ausência de grande parte dos idosos aquando o deslocamento aos Centros Sociais nos dias determinados.

4.1.6. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada nos Centros Sociais Municipais de Santana, entre 1 de Junho de 2011 e 11 de Julho de 2011, no período da tarde (14h00m e as 17h30m). Este horário deveu-se aos idosos apenas frequentarem os Centros Sociais neste período. O intervalo de recolha de dados foi prolongado devido ao facto dos idosos terem outras actividades que dificultaram a realização da recolha em determinados dias e horas e de alguns idosos não frequentarem os Centros Sociais todos os dias sendo necessário se deslocar aos mesmos quando estes os frequentavam.

Para que esta recolha pudesse ser realizada foram adoptados os procedimentos referidos sem seguida: foram pedidas autorizações para a utilização dos instrumentos de recolha de dados aos seus autores (ver Anexos III, IV e V); foi entregue pessoalmente um ofício (ver Anexo VI) acompanhado dos instrumentos de recolha de dados (ver Anexo II) e do projecto da dissertação na Associação Santana Cidade Solidária, responsável pelos Centros Sociais Municipais do Concelho de Santana, prestando informações sobre a pesquisa e solicitando autorização para a realização e utilização dos dados recolhidos nas instituições.

Após ter sido autorizada pelo presidente da Associação Santana Cidade Solidária, uma técnica da Associação entrou em contacto com as responsáveis de cada instituição com o intuito de marcar dias e horas para a aplicação dos instrumentos. Iniciou-se, assim, a aplicação do instrumento de recolha de dados à qual precederam algumas questões aos técnicos e aos próprios idosos para confirmar as questões de inclusão e exclusão. Numa sala, na qual foi possível manter a privacidade e anonimato do idoso, foram-lhes explicados os objectivos, os benefícios em participar, o acesso à informação, o direito do participante, a pessoa a contactar para expor questões ou preocupações e efectuado o pedido para a participação no estudo. Quando lhes foi solicitada a participação no estudo e a resposta foi abonatória, apresentámos o termo de consentimento informado referindo que estavam a participar voluntariamente e que podiam abandonar o estudo a qualquer momento assim que o desejassem, assegurando-lhes o sigilo da sua identidade e informações e só então foi recolhida a sua assinatura (ver Anexo I).

Seguidamente aplicou-se o instrumento Mini Mental State Examination – MMSE (ver Anexo II), validado para a população portuguesa, com o intuito de efectuar uma avaliação cognitiva em função do nível de escolaridade para determinar se existia ou não défice cognitivo. Este é o instrumento padrão para a prática da clínica psiquiátrica. Compreende cinco domínios: a orientação, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação e a linguagem que incorporam 30 questões com a pontuação máxima de 30 pontos. Este instrumento é utilizado por ser de fácil e rápida aplicação, (aproximadamente 10 a 15 minutos). No que dita aos pontos de corte aferidos para a população portuguesa, tendo em conta o nível de escolaridade, considera-se que possuem défice cognitivo os idosos analfabetos que obtém uma pontuação ≤ 15 ; os idosos com escolaridade de 1 a 11 anos que obtém ≤ 22 e os idosos com escolaridade superior a 11 anos que obtém ≤ 27 .

Frisa-se o facto de se ter tido apoio para a aplicação de alguns questionários por parte de duas técnicas, uma profissional voluntária da Associação Santana Cidade Solidária e uma profissional do Centro Social Municipal do Lombo de Cima que foram previamente treinadas para a aplicação dos mesmos.

4.1.7. Procedimentos éticos

Nesta investigação foram respeitados diversos princípios éticos. Foi tida em consideração a utilidade do estudo para a sociedade e a sua aceitação; foram respeitados

os direitos dos intervenientes, mantendo-os informados sobre todos os aspectos que englobam o estudo (finalidades, natureza do estudo, voluntariedade para participar, confidencialidade). Ao longo da investigação foi mantida a neutralidade entre o sujeito e o investigador e houve sempre respeito e justiça pelo sujeito em estudo.

Embora a informação possa ser divulgada e/ou publicada no futuro a confidencialidade da identidade dos participantes irá manter-se e no final do presente estudo proceder-se-á à eliminação dos instrumentos de recolha de dados preenchidos.

O participante foi de igual modo informado que poderia desistir a qualquer momento do estudo, recusar responder a alguma questão que lhe causasse constrangimento de qualquer natureza, que a identidade, como já referido, não seria revelada e que no caso de desejar seria informado dos resultados obtidos, independentemente de deixar ou não de participar no mesmo.

Foram fornecidos os contactos do investigador para que o participante pudesse contactá-lo caso tivesse necessidade de expor alguma questão ou preocupação e procurou-se evitar todo e qualquer dano físico ou mental que as questões lhes pudessem provocar. Todos os instrumentos de recolha de dados foram aplicados por pessoas qualificadas e com capacidade para tal.

Solicitou-se a assinatura de um consentimento livre e esclarecido a todos os idosos aos quais se aplicaram os instrumentos de recolha de dados e entregue uma cópia aos mesmos.

A investigação foi conduzida através dos mais elevados padrões de ética e deontologia de forma a dignificar as estruturas onde esta foi realizada e os intervenientes na mesma.

4.1.8. Tratamento Estatístico

Para organizar e tratar a informação obtida na recolha de dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado informaticamente tendo por base a versão 18.0.0 do programa Predictive Analytics Software (PASW Statistics).

As técnicas estatísticas de maior relevo aplicadas foram as frequências absolutas relativas (%) e o número para as variáveis qualitativas (nominal e ordinal) e a medida de tendência central – média (M) e as medidas de dispersão ou variabilidade – valor mínimo (Min), valor máximo (Max) e desvio padrão (DP) para as variáveis

quantitativas (escala ou razão). Apresentaram-se percentagens de algumas variáveis quantitativas por se considerarem importantes para a descrição dos resultados.

Foi calculado também o coeficiente de correlação de Pearson (r) para analisar a relação entre a qualidade de vida e a eliciação do abuso ou negligência dado que ambas as variáveis eram de escala. Embora algumas variáveis sejam ordinais, podem ser consideradas de escala tendo em conta que os valores de resposta utilizam uma escala. Este coeficiente varia entre zero e um, quanto mais próximo o valor de correlação obtido se encontrar de um tanto maior é a relação entre as variáveis. O valor do coeficiente tanto pode ser positivo, indicando uma relação directa, como pode ser negativo, indicando uma relação indirecta.

Com vista a analisar as diferenças no risco de abuso e na qualidade de vida dependendo do grupo etário, do género e de receber ou não visitas, a escolha do teste a aplicar recaiu sobre a análise da distribuição do risco de abuso e da qualidade de vida aplicando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de aderência à normalidade às variáveis em estudo, que testa a hipótese das variáveis terem distribuição normal. Caso o valor obtido seja estatisticamente significativo rejeita-se a hipótese em estudo. Os resultados indicam que as escalas de abuso não têm distribuição normal tendo de se utilizar um teste não-paramétrico para a análise das diferenças entre as variáveis enquanto nas variáveis da qualidade de vida se pode utilizar um teste paramétrico.

Para se determinar as diferenças na qualidade de vida de acordo com o género, grupo etário e visitas aplicou-se o teste paramétrico t de student (visto haver distribuição normal) de diferenças de médias para duas amostras independentes. Na análise de diferenças entre as diferentes grupos etários aplicou-se a ANOVA (Friedman) dado que foram comparados mais do que dois grupos da variável classe etária.

O teste não paramétrico de Mann-Whitney (M-W) foi utilizado para analisar as diferenças no risco de abuso tendo em conta o género e as visitas, aplicando-se o teste para duas amostras independentes o que permite comparar as médias das ordens.

Para determinar a influência dos diferentes grupos etários no risco de abuso foi realizado o teste de Kruskal-Wallis (K-W) para amostras independentes. Este teste compara as médias das ordens de mais de duas amostras.

Capítulo V

Resultados

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados da análise descritiva da amostra demonstram que esta é constituída por 48 indivíduos (10 do género masculino e 38 do género feminino), com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos ($M=73,86$; $DP=5,87$), sendo que 50% dos indivíduos do género masculino têm idades compreendidas entre os 65 e os 70 anos e 39,5% do género feminino têm idades entre os 71 e os 77 anos (tabela I). Optou-se pela apresentação das frequências dentro de cada género com vista a se poder efectuar a comparação entre a forma como as variáveis se distribuem de acordo com este.

Tabela I – Frequências do género e classe etária por género

| | | Género | | | |
|-----------------------|-------|-----------|------|----------|------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | N | % | N | % |
| Género | | 10 | 20,8 | 38 | 79,2 |
| Classe etária | 65-70 | 5 | 50,0 | 12 | 31,6 |
| | 71-77 | 3 | 30,0 | 15 | 39,5 |
| | 78-87 | 2 | 20,0 | 11 | 28,9 |
| M= 73,859 DP=5,871 | | Min=65 | | Max=87 | |

A maioria dos homens da amostra são casados (70%) e viúvos (20%) e, de igual modo, as mulheres são viúvas (52,6%) e casadas (31,6%), Enquanto 70% dos homens vivem com a esposa, apenas 31,6% das mulheres vive com o esposo e 31,6% vive com os filhos (Tabela II).

Tabela II - Frequências do estado civil e agregado familiar por género

| | | Género | | | |
|-------------------|----------------|-----------|------|----------|------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | N | % | N | % |
| Estado civil | Solteiro(a) | 0 | 0 | 4 | 10,5 |
| | Casado(a) | 7 | 70,0 | 12 | 31,6 |
| | Separado(a) | 1 | 10,0 | 1 | 2,6 |
| | Divorciado(a) | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| | Viúvo(a) | 2 | 20,0 | 20 | 52,6 |
| | União de facto | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Agregado familiar | Esposo (a) | 7 | 70,0 | 12 | 31,6 |
| | Filhos | 0 | 0 | 12 | 31,6 |
| | Sozinho | 2 | 20,0 | 11 | 28,9 |
| | Pais | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| | Irmão | 0 | 0 | 5 | 13,2 |
| | Genro/nora | 0 | 0 | 3 | 7,9 |
| | Netos | 0 | 0 | 3 | 7,9 |
| | Cunhado | 1 | 10,0 | 0 | 0 |
| | Sobrinho | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| | Companheiro(a) | 1 | 10,0 | 0 | 0 |

A última profissão desempenhada pelos sujeitos da amostra foi agrupada de acordo com a classificação portuguesa de profissões (2010). Na nossa amostra encontraram-se profissões pertencentes aos grupos 5 – trabalhadores dos serviços pessoais de protecção e segurança e vendedores: agente da PSP, cuidador de crianças e auxiliar de acção médica; ao grupo 6 – agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta: agricultura; ao grupo 7 – trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices: trabalhador de uma fábrica de materiais de electrónica, costureira e trabalhador numa fábrica de metais; ao grupo 9 – trabalhadores não qualificados: empregada de quartos, empregada doméstica e funcionário de limpeza e, por fim, ao grupo de outros trabalhadores onde se incluem as domésticas. Cerca de 70% dos homens e 65,8% das mulheres da amostra desempenharam uma profissão enquanto trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta sabendo-se que 40% dos homens estudaram até ao 1º ciclo de ensino enquanto 39,5% das mulheres não possuem habilitações de leitura ou escrita e 36,8% sabem ler e escrever apenas.

No que dita à casa própria e ao género masculino, 80% vive em casa própria contra 92,1% mulheres que o fazem. A totalidade das mulheres e 80% dos homens vivem da sua reforma como meio de subsistência, embora 10% dos homens refiram continuar a usufruir de subsistência através do trabalho (tabela III).

Tabela III - Frequências da profissão, escolaridade, meios de subsistência e morada por género

| | | Género | | | |
|--|--|-----------|------|----------|-------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | N | % | N | % |
| Classificação Portuguesa de Profissões | Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores | 1 | 10,0 | 2 | 5,3 |
| | Trabalhadores não qualificados | 1 | 10,0 | 3 | 7,9 |
| | Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta | 7 | 70,0 | 25 | 65,8 |
| | Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices | 1 | 10,0 | 2 | 5,3 |
| | Outros trabalhadores | 0 | 0 | 6 | 15,8 |
| Nível de escolaridade | Não sabe ler nem escrever | 3 | 30,0 | 15 | 39,5 |
| | Sabe ler e escrever | 3 | 30,0 | 14 | 36,8 |
| | 1º Ciclo ou 4º Ano | 4 | 40,0 | 7 | 18,4 |
| | 2º Ciclo ou 6º Ano | 0 | 0 | 2 | 5,3 |
| | 3º Ciclo ou 9º Ano | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ensino Secundário | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Curso Técnico Profissional | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Bacharelato | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Licenciatura | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mestrado | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Doutoramento | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Pensão/Reforma | 8 | 80,0 | 38 | 100,0 |
| Quais são os seus meios de subsistência? | Rendas | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Invalidez | 1 | 10,0 | 0 | 0 |
| | Trabalho | 1 | 10,0 | 0 | 0 |
| Vive em casa própria? | Sim | 8 | 80,0 | 35 | 92,1 |
| | Não | 2 | 20,0 | 3 | 7,9 |

A totalidade dos homens e 92,1% mulheres recebem visitas de familiares e amigos. Os passatempos são uma prática de 90% dos homens e de 97,4% das mulheres, sendo que 60% dos homens e 68,4% das mulheres têm passatempos incluídos na área do desenvolvimento pessoal e social lúdico. Os passatempos foram agrupados de acordo com cinco grupos de actividades. No grupo referente aos trabalhos manuais foram incluídas as seguintes actividades: o croché, o tricô, o bordado, o ponto cruz e outros trabalhos manuais; no grupo da expressão e comunicação inseriram-se as actividades de ver televisão, de ouvir música, de cantar e dançar; no grupo correspondente ao desenvolvimento pessoal e social/lúdico incluiu-se a ida à praia, o jogar às cartas, o conversar, a culinária, a informática, o passear o cão e o brincar; no grupo físico-motor incluí-

ram-se a agricultura, as caminhadas, a ginástica e a jardinagem e, por último, no grupo cognitivo ou mental englobou-se a actividade da leitura (Tabela IV).

Tabela IV - Frequências das visitas e passatempos por género

| | | Género | | | |
|---|---|-----------|-------|----------|------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | N | % | N | % |
| Vai visitar ou recebe visitas de outros familiares ou amigos? | Sim | 10 | 100,0 | 35 | 92,1 |
| | Não | 0 | 0 | 3 | 7,9 |
| Tem algum passatempo? | Sim | 9 | 90,0 | 37 | 97,4 |
| | Trabalhos manuais | 2 | 20,0 | 11 | 28,9 |
| Tipo de passatempo | Expressão e comunicação | 3 | 30,0 | 12 | 31,6 |
| | Desenvolvimento pessoal e social lúdico | 6 | 60,0 | 26 | 68,4 |
| | Físico-motor | 3 | 30,0 | 9 | 23,7 |
| | Cognitivo ou mental | 0 | 0 | 2 | 5,3 |

A tabela V apresenta os resultados da avaliação da saúde. Tanto os homens (70%) como as mulheres (73,7%) avaliam a sua saúde como razoável. Os valores mínimos de resposta (2) revelam que nenhum dos inquiridos avaliou a sua saúde com *muito bom* (1), sendo que a média de respostas se situou numa avaliação de *razoável* (M=3,29; DP=0,713).

Tabela V - Avaliação da saúde

| | | Género | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|------|----------|------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | N | % | N | % |
| Como avalia o seu estado de saúde? | Muito bom | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Bom | 1 | 10,0 | 1 | 2,6 |
| | Razoável | 7 | 70,0 | 28 | 73,7 |
| | Mau | 1 | 10,0 | 5 | 13,2 |
| | Péssimo | 1 | 10,0 | 4 | 10,5 |
| M= 3,29 DP=0,713 Min=2 Max=5 | | | | | |

5.2. QUALIDADE DE VIDA

Na tabela VI apresentam-se os resultados da avaliação da qualidade de vida, conforme a escala WHOQOL-Bref utilizada neste estudo.

Os resultados indicam que os indivíduos avaliaram a sua qualidade de vida, em média, como *nem boa nem má* ($M=3,25$; $DP=0,636$) e a amplitude de resposta variou entre *má* e *muito boa*.

O resultado da satisfação com a sua saúde foi, em média, *nem satisfeito nem insatisfeito* ($M=3,21$; $DP=0,922$) e a amplitude de resposta variou entre *muito insatisfeito* e *muito satisfeito*.

Quanto aos domínios, o valor médio mais baixo verificou-se no domínio físico (53,65) e o valor médio mais alto no domínio relações sociais (68,58). Na escala total as pontuações variaram entre 62,00 e 121,00 ($M=89,40$; $DP=10,141$).

Tabela VI – Estatística descritiva da qualidade de vida (WHOQOL-bref)

| | M | DP | Min | Max |
|--|-------|--------|-------|--------|
| Q1-Como avalia a sua qualidade de vida? | 3,25 | 0,636 | 2 | 5 |
| Q2-Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 3,21 | 0,922 | 1 | 5 |
| Geral | 55,73 | 16,901 | 25,00 | 100,00 |
| Físico | 53,65 | 14,670 | 25,00 | 96,43 |
| Psicológico | 67,10 | 11,824 | 29,17 | 95,83 |
| Relações Sociais | 68,58 | 12,305 | 33,33 | 100,00 |
| Meio ambiente | 61,20 | 10,899 | 34,38 | 84,38 |
| WHO_QOL_BREF | 89,40 | 10,141 | 62,00 | 121,00 |

Qualidade de vida e grupos etários, género e visitas

Para a escolha do teste a aplicar tornou-se necessário analisar a distribuição da qualidade de vida (tabela VII) aplicando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de aderência à normalidade às variáveis em estudo. O teste de K-S testa a hipótese das variáveis terem distribuição normal. Caso o valor obtido seja estatisticamente significativo rejeita-se a hipótese em estudo.

Tabela VII – Distribuição da qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

| | Parâmetros da normalidade | | Diferenças mais extremas | | | K-S | Sig. |
|-----------------|---------------------------|--------|--------------------------|----------|----------|-------|-------|
| | M | DP | Absoluta | Positiva | Negativa | | |
| WHOQOL-bref | | | | | | | |
| Total da escala | 89,40 | 10,141 | 0,104 | 0,104 | -0,098 | 0,719 | 0,679 |
| Questões gerais | 55,73 | 16,901 | 0,174 | 0,174 | -0,123 | 1,208 | 0,108 |
| Físico | 53,65 | 14,670 | 0,102 | 0,098 | -0,102 | 0,705 | 0,703 |
| Psicológico | 67,10 | 11,824 | 0,123 | 0,085 | -0,123 | 0,852 | 0,462 |
| Social | 68,58 | 12,305 | 0,188 | 0,155 | -0,188 | 1,305 | 0,066 |
| Ambiental | 61,20 | 10,899 | 0,121 | 0,098 | -0,121 | 0,839 | 0,482 |

Aplicou-se o teste paramétrico *t* de student para analisar a existência de diferenças nas médias de duas amostras independentes, designadamente na qualidade de vida e género e receber visitas ou não.

Os resultados da tabela VIII permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Tabela VIII - Diferenças na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e género

| | Masculino | | Feminino | | <i>t</i> | Sig. |
|-----------------|-----------|--------|----------|--------|----------|-------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Total da escala | 90,20 | 13,231 | 89,18 | 9,372 | 0,228 | 0,824 |
| Questões gerais | 58,75 | 17,727 | 54,93 | 16,831 | 0,612 | 0,551 |
| Físico | 53,57 | 19,489 | 53,67 | 13,453 | -0,014 | 0,989 |
| Psicológico | 71,25 | 13,387 | 66,01 | 11,319 | 1,136 | 0,277 |
| Social | 71,67 | 15,316 | 67,76 | 11,490 | 0,752 | 0,467 |
| Ambiental | 58,75 | 13,725 | 61,84 | 10,150 | -0,666 | 0,518 |

Para a análise de diferenças na qualidade de vida dependendo de visitar ou receber visitas (tabela IX) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre o grupo de indivíduos que visita e recebe visitas de familiares e o grupo que não o faz.

Tabela IX - Diferenças na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e visitar ou receber visitas

| | Vai visitar ou recebe visitas de outros familiares ou amigos? | | | | | |
|-----------------|---|--------|-------|--------|----------|-------|
| | Sim | | Não | | <i>t</i> | Sig. |
| | M | DP | M | DP | | |
| Total da escala | 89,87 | 9,550 | 82,33 | 18,175 | 0,711 | 0,548 |
| Questões gerais | 56,67 | 16,557 | 41,67 | 19,094 | 1,328 | 0,305 |
| Físico | 53,66 | 14,676 | 53,57 | 17,857 | 0,008 | 0,995 |
| Psicológico | 67,87 | 10,683 | 55,56 | 23,693 | 0,894 | 0,463 |
| Social | 68,89 | 12,360 | 63,89 | 12,729 | 0,660 | 0,570 |
| Ambiental | 61,74 | 10,495 | 53,13 | 16,238 | 0,906 | 0,456 |

Na análise de diferenças entre os grupos etários aplicou-se a ANOVA (F) uma vez que foram comparados mais do que dois grupos. Os resultados (tabela X) permitem concluir que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes classes etárias.

Tabela X - Diferenças na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e grupo etário

| | 65-70 | | 71-77 | | 78-87 | | F | Sig. |
|-----------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | | |
| Total da escala | 91,53 | 12,021 | 90,67 | 8,022 | 84,85 | 9,362 | 1,895 | 0,162 |
| Questões gerais | 63,24 | 16,220 | 53,47 | 18,092 | 49,04 | 12,972 | 3,113 | 0,054 |
| Físico | 57,56 | 16,793 | 53,77 | 14,152 | 48,35 | 11,445 | 1,483 | 0,238 |
| Psicológico | 69,85 | 11,270 | 67,36 | 9,290 | 63,14 | 15,104 | 1,204 | 0,309 |
| Social | 67,16 | 14,869 | 70,37 | 9,1387 | 67,95 | 13,108 | 0,312 | 0,734 |
| Ambiental | 61,03 | 12,700 | 64,76 | 9,871 | 56,49 | 8,313 | 2,294 | 0,113 |

5.3. RISCO DE ABUSO E ELICIAÇÃO DO ABUSO OU NEGLIGÊNCIA

Os resultados da avaliação do risco de abuso e da eliciação do abuso ou negligência encontram-se na tabela XI. Para a escala H-S/EAST, os valores médios variaram entre 0,69 (abuso directo) e 1,25 (abuso potencial) e para a escala QEEA variaram entre 0,27 (abuso físico) e 2,69 (abuso emocional).

Tabela XI – Estatística descritiva do risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos (QEEA)

| | M | DP | Min | Max |
|--------------------------|------|-------|-----|-----|
| H-S/EAST | | | | |
| Abuso potencial | 1,25 | 1,120 | 0 | 4 |
| Abuso directo | 0,69 | 0,971 | 0 | 4 |
| Vulnerabilidade ao abuso | 0,96 | 0,743 | 0 | 2 |
| QEEA | | | | |
| Abuso físico | 0,27 | 0,676 | 0 | 3 |
| Abuso emocional | 2,69 | 1,170 | 1 | 6 |
| Negligência | 0,88 | 0,914 | 0 | 4 |
| Abuso financeiro | 0,42 | 0,539 | 0 | 2 |

Nota: H-S/EAST = Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test;
QEEA= Questions to Elicit Elder Abuse *p≤0,05; **p≤0,01.

Analisaram-se os domínios das escalas em termos de número e percentagem (tabela XII). Assim, sabe-se que apenas 20% dos homens e 31,6% das mulheres não relataram viver situações de abuso potencial, embora 40% dos homens e 31,6% das mulheres tenham relatado uma situação. Sabe-se que não foram relatadas mais do que quatro situações de abuso potencial. Quanto ao abuso directo, 40% dos homens relataram não ter vivido qualquer situação contra 63,2% das mulheres. Sabe-se, ainda, que 50% dos homens e 44,7% das mulheres relataram uma situação de vulnerabilidade ao abuso.

Na escala QEEA, 80,0% dos homens e 84,2% das mulheres não relataram situações de abuso físico; 30% dos homens relataram ter vivido uma situação de abuso emocional e 30% relataram três situações enquanto 42,1% das mulheres relataram ter vivido duas situações; 40,0% dos homens relataram não ter vivido qualquer situação de negligência mas 50,0% das mulheres relataram uma situação e 60,0% dos homens e 60,5% das mulheres relataram não ter vivido qualquer situação de abuso financeiro.

Tabela XII – Risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA) por género

| | | Género | | | |
|--------------------------|---|-----------|------|----------|------|
| | | Masculino | | Feminino | |
| | | N | % | N | % |
| H-S/EAST | | | | | |
| Abuso potencial | 0 | 2 | 20,0 | 12 | 31,6 |
| | 1 | 4 | 40,0 | 12 | 31,6 |
| | 2 | 3 | 30,0 | 10 | 26,3 |
| | 3 | 1 | 10,0 | 1 | 2,6 |
| | 4 | 0 | 0 | 3 | 7,9 |
| Abuso directo | 0 | 4 | 40,0 | 24 | 63,2 |
| | 1 | 4 | 40,0 | 6 | 15,8 |
| | 2 | 1 | 10,0 | 7 | 18,4 |
| | 3 | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| | 4 | 1 | 10,0 | 0 | 0 |
| Vulnerabilidade ao abuso | 0 | 2 | 20,0 | 12 | 31,6 |
| | 1 | 5 | 50,0 | 17 | 44,7 |
| | 2 | 3 | 30,0 | 9 | 23,7 |
| QEEA | | | | | |
| Abuso físico | 0 | 8 | 80,0 | 32 | 84,2 |
| | 1 | 0 | 0 | 4 | 10,5 |
| | 2 | 2 | 20,0 | 1 | 2,6 |
| | 3 | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| Abuso emocional | 1 | 3 | 30,0 | 3 | 7,9 |
| | 2 | 2 | 20,0 | 16 | 42,1 |
| | 3 | 3 | 30,0 | 11 | 28,9 |
| | 4 | 1 | 10,0 | 5 | 13,2 |
| | 5 | 1 | 10,0 | 2 | 5,3 |
| | 6 | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| Negligência | 0 | 4 | 40,0 | 14 | 36,8 |
| | 1 | 3 | 30,0 | 19 | 50,0 |
| | 2 | 3 | 30,0 | 2 | 5,3 |
| | 3 | 0 | 0 | 2 | 5,3 |
| | 4 | 0 | 0 | 1 | 2,6 |
| Abuso financeiro | 0 | 6 | 60,0 | 23 | 60,5 |
| | 1 | 3 | 30,0 | 15 | 39,5 |
| | 2 | 1 | 10,0 | 0 | 0 |

Risco de abuso e eliciação do abuso ou negligência e grupo etário, género e visitas

Para a escolha do teste a aplicar tornou-se necessário analisar a distribuição do risco de abuso e eliciação do abuso ou negligência (tabela XIII) aplicando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de aderência à normalidade às variáveis em estudo.

Tabela XIII – Distribuição do risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA)

| | Parâmetros da distribuição normal | | Diferenças mais extremas | | | K-S | Sig. |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------|--------------------------|----------|----------|-------|--------------|
| | M | DP | Absoluta | Positiva | Negativa | | |
| H-S/EAST | | | | | | | |
| Abuso potencial | 1,25 | 1,120 | 0,213 | 0,213 | -0,132 | 1,478 | 0,025 |
| Abuso directo | 0,69 | 0,971 | 0,344 | 0,344 | -0,239 | 2,382 | 0,000 |
| Vulnerabilidade ao abuso | 0,96 | 0,743 | 0,231 | 0,228 | -0,231 | 1,598 | 0,012 |
| QEEA | | | | | | | |
| Abuso físico | 0,27 | 0,676 | 0,489 | 0,489 | -0,344 | 3,388 | 0,000 |
| Abuso emocional | 2,69 | 1,170 | 0,222 | 0,222 | -0,153 | 1,536 | 0,018 |
| Negligência | 0,88 | 0,914 | 0,279 | 0,279 | -0,179 | 1,933 | 0,001 |
| Abuso financeiro | 0,42 | 0,539 | 0,384 | 0,384 | -0,256 | 2,663 | 0,000 |

Com o propósito de analisar a existência de diferenças de género no risco de abuso e negligência, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney (M-W) para duas amostras independentes. Este teste compara as médias das ordens e não as médias dos valores ou respostas. Os resultados (tabela XIV) permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres.

Tabela XIV - Diferenças no risco de abuso (H-S/EAST), eliciação do abuso ou negligência (QEEA) e género

| H-S/EAST | Masculino | Feminino | M-W | Sig. |
|--------------------------|-----------|----------|---------|-------|
| | M | M | | |
| Abuso potencial | 26,05 | 24,09 | 174,500 | 0,681 |
| Abuso directo | 28,25 | 23,51 | 152,500 | 0,284 |
| Vulnerabilidade ao abuso | 27,00 | 23,84 | 165,000 | 0,495 |
| QEEA | | | | |
| Abuso físico | 25,60 | 24,21 | 179,000 | 0,667 |
| Abuso emocional | 22,35 | 25,07 | 168,500 | 0,569 |
| Negligência | 25,55 | 24,22 | 179,500 | 0,773 |
| Abuso financeiro | 25,35 | 24,28 | 181,500 | 0,800 |

Nota: H-S/EAST = Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test; QEEA= Questions to Elicit Elder Abuse

Pretendeu-se analisar se existiam diferenças entre os indivíduos que mantêm contactos sociais com familiares e amigos através de visitas com os indivíduos que não mantêm esse contacto. Assim, foram comparados os indivíduos de acordo com a resposta à pergunta *Vai visitar ou recebe visitas de outros familiares ou amigos?*. Para tal

aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney (M-W) para duas amostras independentes.

Na tabela XV apresentam-se os resultados que permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas no risco de abuso nos dois grupos de indivíduos.

Tabela XV - Risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA) e visitar ou receber visitas

| | Sim | Não | | |
|--------------------------|-------|-------|--------|-------|
| H-S/EAST | M | M | M-W | Sig. |
| Abuso potencial | 24,31 | 27,33 | 59,000 | 0,706 |
| Abuso directo | 24,54 | 23,83 | 65,500 | 0,924 |
| Vulnerabilidade ao abuso | 23,68 | 36,83 | 30,500 | 0,090 |
| QEEA | | | | |
| Abuso físico | 24,28 | 27,83 | 57,500 | 0,511 |
| Abuso emocional | 24,17 | 29,50 | 52,500 | 0,505 |
| Negligência | 25,06 | 16,17 | 42,500 | 0,248 |
| Abuso financeiro | 24,61 | 22,83 | 62,500 | 0,803 |

H-S/EAST = Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test; QEEA= Questions to Elicit Elder Abuse

De seguida compararam-se os diferentes grupos etários quanto ao risco de abuso. Para tal aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis (K-W) para três amostras independentes. Este teste compara as médias das ordens e não as médias dos valores ou respostas. Os resultados (tabela XVI) permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários.

Tabela XVI - Risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA) e grupos etários

| | Classes etárias | | | K-W | Sig. |
|--------------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| | 65-70 | 71-77 | 78-87 | | |
| | Ordem | Ordem | Ordem | | |
| H-S/EAST | | | | | |
| Abuso potencial | 24,24 | 27,39 | 20,85 | 1,805 | 0,405 |
| Abuso directo | 24,24 | 22,33 | 27,85 | 1,497 | 0,473 |
| Vulnerabilidade ao abuso | 23,15 | 24,28 | 26,58 | 0,520 | 0,771 |
| QEEA | | | | | |
| Abuso físico | 24,91 | 24,56 | 23,88 | 0,095 | 0,953 |
| Abuso emocional | 24,03 | 21,53 | 29,23 | 2,520 | 0,284 |
| Negligência | 20,71 | 23,44 | 30,92 | 4,808 | 0,090 |
| Abuso financeiro | 26,62 | 24,14 | 22,23 | 1,021 | 0,600 |

Nota: H-S/EAST = Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test;
QEEA= Questions to Elicit Elder Abuse

5.4. QUALIDADE DE VIDA, RISCO DE ABUSO E ELICIAÇÃO DO ABUSO OU NEGLIGÊNCIA

Procurou-se analisar qual a relação da qualidade de vida com o abuso ou negligência. Para tal aplicou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r) que varia entre zero e 1 e que, quanto mais próximo o valor de correlação obtido se encontrar de 1 tanto maior é a relação entre as variáveis. O valor do coeficiente tanto pode ser positivo, indicando uma relação directa, como pode ser negativo, indicando uma relação indirecta.

Os resultados da análise permitem encontrar correlações negativas e estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o abuso (tabela 8). Mais especificamente, o abuso directo com o domínio social da qualidade de vida ($-0,364$; $p \leq 0,05$); a vulnerabilidade ao abuso com o domínio questões gerais da qualidade de vida ($-0,341$; $p \leq 0,05$); o abuso emocional com os domínios questões gerais ($-0,338$; $p \leq 0,05$), a qualidade de vida nas dimensões psicológica ($-0,394$; $p \leq 0,01$), social ($-0,463$; $p \leq 0,01$) e ambiental ($-0,382$; $p \leq 0,01$) com o total da escala da qualidade de vida ($-0,432$; $p \leq 0,01$). Como tal, podemos concluir que à medida que aumenta o abuso directo diminui a qualidade de vida social; à medida que aumenta a vulnerabilidade ao abuso diminui a qualidade de vida nas questões gerais; à medida que aumenta o abuso emocional diminui a qualidade de vida nas questões gerais, a qualidade de vida psicológica, social, ambiental e a qualidade de vida no geral (Tabela XVII).

Tabela XVII - Correlações da qualidade de vida e risco de abuso (H-S/EAST) e eliciação do abuso ou negligência (QEEA)

| | Qualidade de vida | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Questões gerais | Físico | Psicológico | Social | Ambiental | Total da escala |
| H-S/EAST | | | | | | |
| Abuso potencial | -0,105 | -0,015 | -0,089 | -0,177 | 0,049 | -0,054 |
| Abuso directo | -0,051 | 0,012 | -0,204 | -0,364* | -0,140 | -0,160 |
| Vulnerabilidade ao abuso | -0,341* | -0,069 | -0,210 | -0,166 | -0,270 | -0,249 |
| QEEA | | | | | | |
| Abuso físico | 0,048 | 0,098 | -0,226 | -0,191 | -0,159 | -0,100 |
| Abuso emocional | -0,338* | -0,193 | -0,394** | -0,463** | -0,382** | -0,432** |
| Negligência | 0,013 | -0,101 | -0,052 | -0,089 | -0,090 | -0,098 |
| Abuso financeiro | 0,229 | 0,179 | -0,112 | -0,149 | 0,026 | 0,059 |

Nota: H-S/EAST = Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test; QEEA= Questions to Elicit Elder Abuse

*p≤0,05; **p≤0,01.

Também se pretendeu analisar a relação da percepção da saúde que os idosos têm (*Como avalia o seu estado de saúde?*) e a satisfação com a mesma (questão 2 do WHOQOL-bref).

Tabela XVIII - Correlação da percepção da saúde com a satisfação com a mesma

| Q2-Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | |
|--|--------|
| Como avalia o seu estado de saúde? | -0,191 |

Aplicou-se o coeficiente de correlação de Pearson e os resultados (tabela XVIII) permitem concluir não se ter verificado relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo.

Capítulo VI

Discussão de Resultados e Sugestões

Tendo-se concluído o tratamento e a análise dos dados recolhidos, ir-se-á agora apresentar a discussão de resultados, etapa que não é menos importante que as restantes e que se baseia na interpretação dos resultados obtidos tendo por base a questão da presente investigação. Os estudos que se direccionam para a área estudada, em específico, são em número muito reduzido pelo que não será possível elaborar uma comparação muito exaustiva entre os resultados obtidos com os restantes estudos, uma vez que muitos não possuem os mesmos objectivos e finalidades.

Existe a necessidade vigente de dar relevo aos maus-tratos praticados na comunidade, nomeadamente na RAM, uma vez que estes têm influência sobre a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de toda a população idosa e são considerados um grave problema social. Tanto os maus-tratos quanto a qualidade de vida são temas de extrema importância no que dita ao Plano Gerontológico da RAM, factor que contribuiu para a escolha do presente tema bem como a limitada existência de investigações orientadas para esta área. Os organismos existentes na RAM que prestem auxílio nestas situações são em número reduzido e os idosos optam, de forma geral, por manter as situações no anonimato.

Este estudo tem como objectivos principais avaliar a influência do risco de abuso ou negligência na qualidade de vida dos idosos; avaliar o risco de abuso e/ou negligência e avaliar a qualidade de vida dos idosos a nível comunitário.

A investigação efectuada é quantitativa e do tipo descritivo-exploratório e tem natureza transversal. A amostra é do tipo não-probabilístico por conveniência e é constituída por 48 indivíduos, de uma população de 72 idosos, de ambos os géneros, com 65 e mais anos, inscritos nos três Centros Sociais Municipais de Santana. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram o questionário sócio-demográfico; a versão portuguesa do WHOQOL-Bref (avalia a qualidade de vida); o H-S/EAST (identifica o risco de violência contra o idoso) e as perguntas de eliciação de abuso ou negligência a adultos idosos (determina as condições de vida dos adultos idosos). Também foi aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos, critério de inclusão no estudo.

Tendo por base a caracterização sociodemográfica, apurou-se que o género masculino foi o menos prevalente na amostra (20,8%), ao contrário do género feminino (79,2%) tornando-se esta diferenciação mais evidente com o avançar da idade. Este acontecimento é uma característica comum a outros estudos como o estudo sobre os indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga (estudo preliminar) de Ferreira-Alves e Sousa (2005) realizado a 82 pessoas em que a maioria da amostra era

do género feminino. Conclui-se que as mulheres procuram mais actividades fora de casa, dirigindo-se aos Centros Sociais ou a outros locais com actividades próprias para a terceira idade, o que justifica o facto da amostra do presente estudo ser essencialmente feminina.

Quanto à idade, esta varia entre 65 e 87 anos, sendo a sua média de 73,86 anos e o desvio padrão 5,9. A maioria dos homens tem idades compreendidas entre os 65 e os 70 anos enquanto a maioria das mulheres tem idades entre os 71 e os 77 anos. Isto justifica-se pelo género masculino ter uma esperança média de vida mais baixa do que o género feminino tal como referido no Plano Gerontológico da RAM (2009-2011, p.31).

Na presente investigação a maioria dos homens e das mulheres são casados e viúvos, embora existam mais homens casados que viúvos e mais mulheres viúvas do que casadas, este facto já havia sido descrito no que se refere à idade, uma vez que as mulheres têm uma esperança média de vida mais elevada. Grande parte do género masculino vive com a esposa enquanto o género feminino vive com o esposo ou com os filhos, surgindo, estes dois últimos, em percentagens equivalentes.

Quanto à última profissão desempenhada, a que mais relevo teve foi a relativa aos trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta o que revela que a agricultura foi uma profissão de relevo na vida da maioria dos idosos. O nível de escolaridade é mais elevado nos homens do que nas mulheres, o que pode ser devido ao facto das mulheres se dedicarem às tarefas domésticas e muitas vezes nem terem oportunidade de ir à escola, sendo apenas permitido aos homens tal feito. A maioria das mulheres é iletrada e outra parte apenas saber ler e escrever sem ter nenhum nível de escolaridade.

A maioria dos idosos vive em casa própria, sendo que as mulheres que vivem em casa própria são em maior número. O meio de subsistência mais usual é a reforma, apesar de alguns homens indicarem que ainda trabalham.

Todos os idosos do género masculino referiram visitar familiares, amigos e vizinhos e receber visitas dos mesmos, bem como a maioria das mulheres. Quanto ao tipo de passatempo, o mais usual é o que se inclui na área de desenvolvimento pessoal e social/lúdico, onde se incluem as idas à praia, jogar às cartas, conversar, culinária, informática, passear o cão e brincar. Nenhum dos homens pratica actividades do foro cognitivo ou mental, sendo esta a área de actividade menos praticada pelos participantes no estudo.

No que dita ao estado de saúde, a maioria em ambos os géneros afirma que a sua saúde é razoável e nenhum idoso afirma que a sua saúde é muito boa.

Através da escala WHOQOL-Bref foi possível determinar que, em média, os idosos percebem a sua qualidade de vida como nem boa nem má e que não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua saúde. Obtiveram-se valores de qualidade de vida mais baixos no domínio físico enquanto o valor médio mais elevado foi no domínio das relações sociais. A qualidade de vida obteve valores distintos nos diferentes domínios, sendo que o domínio com valor médio mais elevado foi o das relações sociais, seguido do psicológico, do meio ambiente, geral e físico. Observou-se que nas diferenças de género, nas diferentes classes etárias e entre o grupo que recebe visitas dos familiares e o grupo que não o faz não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à qualidade de vida.

Quanto aos valores dos resultados da avaliação do risco de abuso (H-S/EAST), 80% dos homens e 68,4% das mulheres relataram viver situações de risco de abuso potencial, não sendo relatadas mais de quatro situações. O risco de abuso directo foi indicado por 60% dos homens e por 36,8% das mulheres. A vulnerabilidade ao abuso foi identificada em 80% dos homens e 68,4% das mulheres.

Relativamente à eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos, Ferreira-Alves e Sousa (2005) já haviam efectuado um estudo no qual a amostra era essencialmente feminina e no qual determinaram que a maioria da amostra revelou apresentar um ou mais indicadores de abuso. No referido estudo também foi determinado que as formas mais frequentes de abuso foram o abuso emocional e a negligência, seguindo-se de igual modo, de forma distanciada, o abuso financeiro e o abuso físico. Concluiu-se que apresentaram indícios de abuso físico 20,0% dos homens e 15,7% das mulheres e a totalidade dos idosos referiram sofrer algum tipo de abuso emocional. No que dita à negligência, 63,2% das mulheres e 60% dos homens apresentaram indícios. No abuso financeiro 40% dos homens e 39,5% das mulheres afirmaram sofrer este tipo de abuso. No presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que dita ao abuso ou negligência de acordo com o grupo etário e o género enquanto no estudo de Ferreira-Alves e Sousa (2005) e de Borralho, Lima e Ferreira-Alves (2010) o género feminino é mais atingido pela negligência e não existe variância no número de indícios de acordo com o grupo etário. Os contactos sociais também não revelaram diferenças estatisticamente significativas no que respeita às visitas recebidas e efectuadas e o risco de abuso e eliciação do abuso ou negligência. De acordo com o estudo de Borralho, Lima e Ferreira-Alves (2010) o número de indicadores de maus-tratos variou entre 0 e 10 enquanto no nosso estudo variou entre 0 e 6.

Quando se propôs determinar a relação entre a qualidade de vida e o risco de eliação de abuso ou negligência no adulto idoso, verificou-se que existem correlações negativas e estatisticamente significativas entre estas duas variáveis. Pode-se então afirmar que à medida que aumenta o risco de abuso directo a qualidade de vida social diminui; à medida que aumenta a vulnerabilidade ao abuso diminui a qualidade de vida nas questões gerais; à medida que aumenta o abuso emocional diminui a qualidade de vida nas questões gerais, na qualidade de vida psicológica, social, ambiental e na qualidade de vida no geral.

Quanto à percepção que os idosos têm da sua saúde e a satisfação com a mesma conclui-se que não há uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, o que determina que os idosos têm uma percepção da sua saúde que corresponde ao nível de satisfação com a mesma.

Conclui-se que quanto mais elevado o risco de maus-tratos menor a qualidade de vida dos idosos, o que vai de encontro ao referido por Fernandes e Assis (1999), citados por Grossi e Arsego (2001), que defendem que os maus-tratos se traduzem numa perda ou violação dos direitos humanos com uma diminuição da qualidade de vida do idoso. O estudo de Ferreira-Alves e Sousa (2005) realizado a 82 idosos na cidade de Braga determina que a percepção do estado de saúde, a idade e o género influenciam os maus-tratos, ou seja, quando pior a percepção do estado de saúde maior o número de indícios de abuso e quanto maior a idade maior a existência de prevalência de abuso para as pessoas do género feminino. No entanto, os resultados do presente estudo revelaram não existirem diferenças significativas entre a percepção da saúde e a satisfação com a saúde e não se confirmou existir um aumento do risco de maus-tratos de acordo com o género feminino, com o aumento da idade e com a ausência de visitas.

Neta investigação a qualidade de vida não é influenciada pelo grupo etário, pelos contactos sociais e pelo género enquanto no estudo de Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) a rede social está intimamente relacionada à percepção que os idosos possuem de qualidade de vida bem como o grupo etário e os contactos sociais (tanto no seu todo como nos vários domínios). Relativamente ao género é indicado em ambos os estudos que este não influencia grandemente a qualidade de vida, à excepção do sentimento de solidão e da percepção de qualidade de vida psicológica neste segundo.

A violência que é praticada na comunidade é um problema que influencia a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de toda a população. Torna-se pertinente dar relevo ao tema sobre a influência dos maus-tratos na qualidade de vida dos idosos da Região Autónoma da Madeira, conhecendo a situação real dos idosos e favorecer a

criação de estruturas e acções que possibilitem a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida e a protecção, aquando da ocorrência de qualquer um dos tipos de violência ou de existência de factores de risco aos quais alguns idosos se encontram expostos.

O actual estudo não pode ser generalizado à população do Concelho nem ser tido como um testemunho de dados irrefutável relativamente aos maus-tratos e à qualidade de vida das pessoas idosas mas será certamente relevante na medida em que engloba um conjunto de indicadores que insinuam a prevalência de maus-tratos nesta população e determina o nível de qualidade de vida.

Entende-se que um factor comum a muitos estudos realizados a idosos é o do género ser predominantemente feminino, o que se torna mais evidente com o avançar da idade. Tendo em conta os objectivos propostos conseguiu-se determinar a relação entre os maus-tratos e a qualidade de vida dos idosos tal como proposto e obter valores significativos que nos permitem presumir que os maus-tratos têm uma influência negativa na qualidade de vida desta faixa etária.

Quanto à qualidade de vida do idoso, apurada através da escala WHOQOL-Bref, foi considerada razoável assim como a percepção da sua saúde e a satisfação com a mesma. O domínio da qualidade de vida com valores médios mais elevados foi o das relações sociais, o que demonstra que os idosos continuam a manter contactos sociais, nomeadamente ao se deslocarem ao Centro Social, o que os faz sentir bem relativamente às relações estabelecidas com o exterior. O valor mais baixo foi obtido no domínio físico o que se justifica pelas queixas constantes relativas à sua incapacidade física para realizar as actividades a que se propõem. Pela mesma ordem de ideias, partindo do domínio com valor médio mais elevado para o mais baixo temos: relações sociais, psicológico, meio ambiente, geral e físico.

No que dita à avaliação do risco de abuso (H-S/EAST) pode-se concluir que apenas uma pequena percentagem de idosos não sofre de qualquer tipo de situação de risco de abuso, tendo-se verificado percentagens elevadas nas três componentes: risco de abuso potencial (homens: 80%; mulheres: 68,4%), risco de abuso directo (homens: 60%; mulheres: 36,8%) e vulnerabilidade ao abuso (homens: 80%; mulheres: 68,4%). Verifica-se que o género masculino é o que tem maior risco de vir a sofrer de abuso o que é comprovado também por Bennett e Ebrahim (1995) que explanam que pesquisas recentes indicam que muitos homens sofrem abusos. Estes dados são perturbantes e remetem-nos para uma crescente preocupação fundamentada no que dita a este acontecimento. Ao analisar os resultados obtidos com o questionário de eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos também se verificam valores preocupantes,

embora não os possamos assumir como determinantes do abuso prevalente nesta população dado que mesmo que as respostas sejam favoráveis estes acontecimentos deverão ser averiguados com maior precisão para confirmar ou refutar as suspeitas que ocorreram com a aplicação dos referidos instrumentos. São as formas mais comuns o abuso emocional e a negligência, seguidos do abuso financeiro e do abuso físico. Outro factor alarmante é o número de indicadores identificados por idoso que variou entre 0 e 6.

Não se confirmou diferenças significativas entre a percepção da saúde e a satisfação com a mesma. Determinou-se, com base nos resultados, que não existe um aumento do risco de maus-tratos de acordo com o género feminino, com o aumento da idade e com a ausência de visitas. Também se determinou que a qualidade de vida não é influenciada pelo grupo etário, pelos contactos sociais nem pelo género, deduzindo-se a inexistência de relações significativas entre estas variáveis.

Tendo por base os resultados da presente investigação pode-se afirmar que, tal como já é visível em outros países, há que desenvolver medidas legislativas e programas de apoio e protecção a idosos que sejam vítimas de abusos o que poderá ser uma forma de reduzir e prevenir a violência nesta faixa etária. Seguindo a mesma linha de pensamento, torna-se também de igual forma importante que os idosos tenham conhecimento e se mantenham actualizados relativamente aos seus direitos para que se possa prevenir este tipo de situações.

Em Portugal, raros são os documentos que fazem referência à violência praticada na família sobre os idosos, não existindo uma real automatização das medidas dirigidas em particular a este grupo social.

Existe uma crescente necessidade de prestar atenção à população idosa, dado que é uma população em crescimento, o que nos remete a repensar, discutir, reflectir e encontrar formas alternativas de integração social, convívio familiar e, sobretudo, o envolvimento efectivo dos órgãos públicos, da saúde e da sociedade como um todo, para enfrentar esta realidade e melhorar a qualidade de vida e auto-satisfação destes idosos.

O resultado da recolha de dados alerta para a necessidade da realização deste estudo noutros concelhos da Região Autónoma da Madeira e, talvez, fora dela utilizando metodologias semelhantes ou até mesmo distintas de acordo com o local onde se irá realizar a investigação. Seria pertinente determinar quem são os perpetradores dos maus-tratos ao idoso, as condições nas quais o mesmo ocorre, fazendo recolhas sucessivas e explorações tanto dos maus-tratos como da qualidade de

vida para que se compreenda com mais precisão o comportamento do ser humano e quais as razões que o motivam.

As dificuldades com as quais nos deparámos ao longo da investigação foram o facto de existir um número relativamente reduzido de estudos na área estudada e aquando da existência dos mesmos a discrepância existente entre os objectivos e finalidades o que dificultou a comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os restantes. O tamanho da amostra também foi reduzido, tendo em conta o número de idosos inscritos nos Centros Sociais, uma vez que os locais do estudo também foram em área e número muito reduzido. Os instrumentos de recolha de dados utilizados, embora cumprissem os propósitos para os quais foram elaborados, poderão não ter sido os mais indicados para a população em questão uma vez que continham palavras que os idosos desconheciam e algumas perguntas que os constrangiam.

Relativamente às limitações que se encontraram ao longo do estudo, julga-se relevante referir as principais: os idosos que se encontram inscritos nos Centros Sociais não os frequentavam todos os dias ou com frequência, havendo a dificuldade de aplicar os instrumentos de recolha de dados nos dias e horas estipulados, em especial se a maioria já havia participado no estudo, uma vez que foi difícil saber se os que faltavam iam ou não se dirigir aos Centros; o limite de idade também constituiu uma limitação e o facto de esta população ter bastante necessidade de conversar, divagando sobre diversos assuntos que não estavam directamente relacionados com o âmbito do estudo.

O gerontólogo possui um papel relevante na prevenção e identificação de casos de violência e capacidade de fazer com que a sua intervenção incida sobre as necessidades manifestadas pelo grupo e identificadas em termos de áreas de intervenção com vista à melhoria da sua qualidade de vida.

R **Referências Bibliográficas**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C.P. & Vialonga, J. M. (2006). *Código Penal*. (11^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Anuário Estatístico da Região Autónoma da Madeira* (2010). Funchal: Direcção Regional de Estatística.
- APAV (2011). *Pessoas idosas vítimas de crime e de violência: estatísticas APAV 2010*. Lisboa: Unidade de Estatística.
- APAV (2002). *Manual Títono - para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime: parte I – Compreender*. Lisboa: APAV.
- Bennet, G. C. J. & Ebrahim, S. (1995). Elder Abuse and Inadequate Care. In Bennet, G. C. J. & Ebrahim, S. (1995). *The Essentials of Health Care in Old Age*. 2^a ed. London: Edward Arnold.
- Bennet, G.; Kingston, P. & Penhale, B. (1997). *Dimensions of elder abuse: perspective for practitioners*. London: MacMillan Press Ltd.
- Berger, L. (1995). Capítulo 19: Evitar os Perigos. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. (pp.379-438). Lisboa: Lusodidacta.
- Borrvalho, O. B.; Lima, M. P. & Ferreira-Alves, J. (2010). *Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*. (pp. 471-478). Trabalho apresentado nas Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Portugal: Universidade do Minho.
- Bowling, A.; Banister, D. & Sutton, S. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Mental Health*, 6, 355-371.

- Bowling, A. (1995). Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling A. *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Caldas, C. P. (1998). O processo de envelhecimento. In: Caldas C. P. *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. (pp. 53-56). Rio de Janeiro: UERJ.
- Calman, K. C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In Aaronson, N. K. & Beckmann, J. *The quality of life of cancer patients*. Nova York: Raven Press.
- Carvalho Filho, E. T. (1996). Fisiologia do envelhecimento. In Papaléo Neto, M. *Cap. 5: Gerontologia*. (pp. 60-70). São Paulo: Atheneu.
- Clark, M. J. D. (1999). *Community health nursing handbook*. (pp. 234-241). Stamford - Connecticut: Appleton & Lange.
- Cianciarullo, T. I. (1998). Cidadania e qualidade de vida. In Cianciarullo T. I.; Fugulin F. M. T. & Andreoni S. *A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial*. (pp. 31-36). São Paulo.
- Constituição da República Portuguesa. (2009). *Governo de Portugal*. (On-line). Disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Portugal/SistemaPolitico/Constituicao/Pages/constituicao_p07.aspx (02 de Novembro de 2009).
- Correia, M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Council on Scientific Affairs. (1987). Elder abuse and neglect. *JAMA*, 257, 966.
- Decreto-Lei 143/2001, de 26 de Abril. *Diário da República n.º 97* – Presidência da República. Lisboa.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, v. 95, n.º 3, 542-575.

- Domingues, M. A. (1997). *Particularidades sociais do idoso*. Trabalho apresentado ao 15º curso de actualização em geriatria e gerontologia e 2º curso de atendimento multidisciplinar ao idoso. São Paulo.
- Donald, K. (1997, June 1-4). *Coming of age: the virtual older adult learner*. Continuing Education Conference (CAUCE), Canadá: Saskatoon, Saskatchewan.
- Drake, V. & Freed, P. E. (1998). Research Applications: Domestic Violence in the Elderly. Mosby, *Geriatric Nursing Volume*, 19, n.º 3. 165-167.
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2011). Capítulo 7: Sinta-se Seguro. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (coord.). *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 171-204). Lisboa: Lidel.
- Eastman M. (Ed.). (1994). *Old age abuse: a new perspective*. (pp. 3-22). London: Chapman & Hall.
- Easton, K. L. (1999). Psychosocial Concepts and Issues. In Easton, K. L. (1999). *Gerontological Rehabilitation Nursing*. (pp.332-337). USA: W. B. Saunders Company.
- Espino, D. V. (1997). Maus-Tratos a Idosos. In Robert, E. & Rakel, M. D. *Tratado de Medicina de Família*. (pp. 60-62). 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koo-gan S.A.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*, 22(3), 502-8.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1993). Quality of life of hemodialysis patients. *Ann Neph Nurs J*, 20 (5), 575-581.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1992). *Psychometric assessment of the quality of life index*, 15, 29-38.

- Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar*. (pp. 303-313). Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Letras.
- Fleck, M. P. A. & Colaboradores (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In Fleck, M. P. A. & Colaboradores. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.
- Flynn, B. C. & Krothe, J. S. (1999). Violência e Maus Tratos Humanos. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (pp.801-826). Lisboa: Lusociência.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Fulmer, T. T. (1989). Mistreatment of elders, assessment, diagnosis, and intervention. *Nurs Clin North Am*, 24(3), 707.
- Fulmer, T. T. & O'Malley, T. A. (1987). *Inadequate Care of the Elderly*. Springer: New York.
- Gavião, A. C. D. (1997). *Envelhecimento psíquico*. Trabalho apresentado ao 15º curso de actualização em geriatria e gerontologia e 2º curso de atendimento multidisciplinar ao idoso. São Paulo.
- Grimley-Evans, J. (1992). Quality of life assessments and elderly people. In: Hopkins A. (Ed.). *Measures of quality of life and the uses to which such measures may be put*. (pp. 107-16). Royal College of Physicians of London.
- Grossi, P. K. & Arsego, L. R. (2001). Idosos e violência familiar: desvelando o fenómeno. In Terra, N. L. *Envelhecendo com qualidade de vida*. (pp. 63-67). Pucrs: Brasil.

- Hickey, T. & Douglass, R. L. (1981). Mistreatment of the elderly in the domestic setting: an exploratory study. *Am J Public Health*, 71, 500.
- Homer, A. C. & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their careers. *BMJ*, 301, 1359.
- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, v. 6, n. 3, 205-212.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: Actividades*. 2ª. ed. Porto: Ambar.
- Jornal da Madeira (2010). *Novo Centro Social em Santana*. Acedido a 25 de Agosto de 2011 em: <http://www.jornaldamadeira.pt/not2008.php?Seccao=17&id=147604&sdata=>
- Kimsey, L. R.; Tarbon, A. R. & Bragg, D. F. (1981). Abuse of the elder: the hidden agenda. I. The caretakers and the categories of abuse. *J Am Geriatr Soc* 29, 465.
- Kimura, M. (1999). *Tradução para o português e validação do “Quality of life index de Ferrans and Powers”*. Tese. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP.
- Knorst, M. R.; Silva, M. P. M.; Mantelli, C. & Bós, A., J. G. (2001). Qualidade de vida do idoso. In Terra, N.L. *Envelhecendo com qualidade de vida*. (pp. 29-32). Pucrs: Brasil.
- Lawton, P. M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: Birren, J. E.; Lublen, J. E.; Rowe, J. C. & Deutchmann, D. E. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.

- Lawton, P. M. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 4 (23), 349-57.
- Lennartsson, C. & Silverstein, M. (2001). Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *Journal of Gerontology*, 56B (6), S335-S342.
- Lopez-Díaz, A. L. (1999). *Comparando e interpretando a longa caminhada: maneira do idoso qualificar a vida*. Dissertação. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP.
- Machado, L. & Queiroz, Z. F. (2006). Negligência e maus-tratos. In: Freitas E. V. F. *Cap. 121: Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. (pp. 1152-1159). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*, 18, 32-38.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Menezes, M. R. (1999). *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*. São Paulo - Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem.
- Menicalli, A. M. F.; Dias, E. N.; Silva, J. V. & Vitorino, L. M. (2009). Capítulo 23: O idoso na sociedade. In Silva, J. V. (Org.). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. (pp. 302-317). Iátria: São Paulo.
- McKenna, S. P. & Whalley, D. (1998). Can quality of life scales tell us when patients begin to feel benefits of antidepressants? *European Psychiatry*, v. 13, n. 146-153.
- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A. & Bus, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *ABRASCO*, 5 (1), 7-19.

- Nacional Center on elder Abuse – Administration on Aging (2007). *Major Types of Elder Abuse*. Acedido a 11 de Março de 2010 em: http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx
- Neri, A. L. (2001). *Cap. 8: Velhice e desenvolvimento*. (pp. 161-172). Campinas: Papirus.
- Okuma, S. (1998). *O idoso e a actividade física*. (pp. 13-21).Campinas: Papirus.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image J Nurs School*, 22 (3), 187-90.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 3ª ed. Porto: Livp-sic/Legis Editora.
- Ouwehand, C.; De Ridder, D. T. D. & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.
- Paris, B. E. C. (1996). Elder abuse and neglect. In Paris, B. E. C. *A guide to care of the elderly*. (pp. 207-215). London: HMSO.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In Freitas E. V.; P. Y. L.; Neri A. L.; Cançado F. A. X.; Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. *Cap. 8: Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp. 79-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. & Fonseca, M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Paúl, C.; Fonseca, A. M.; Martín, I. & Amado, J. (2005) Satisfação e Qualidade de vida em idosos Portugueses. In Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 75-95). Lisboa. Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Pillemer, K. & Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *J Gerontol*, 47, S165.
- Pillemer, K. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51.
- Plano Gerontológico da RAM. (2009-2013). “*Viver mais, viver melhor.*” Funchal: SRAS.
- Portugal, J. & Azevedo, M. J. (2011). Capítulo 8: Optimize o seu bem-estar. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (coord.). *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 205-232). Lisboa: Lidel.
- Pritchard, J. (1996). *Working with elder abuse: a training manual for home care, residential and day care staff*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pritchard, J. (1995). *The Abuse of Older People*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rothermund, K. & Brandtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*. 18.
- Salond, E.; Kane, R. A.; Satz, M. & Pynoos, J. (1984). Elder abuse reporting: limitations of statutes. *Gerontologist*, 24, 61.
- Silva, J. V. (Org.). (2009). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. Iátria: São Paulo.
- Silva, J. V. (2009). Capítulo 12: Qualidade de vida na velhice. In Silva, J. V. (Org.). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. (pp. 158-169). Iátria: São Paulo.
- Steinmetz, S. K. (1988). *Duty Bound: Elder Abuse and Family Care*. London: Sage.
- Taler, G. & Ansello, E. F. (1985). Elder Abuse. *Am Fam Physician*, 32, 107.

- Terra, N. L. (2001). *Envelhecendo com qualidade de vida*. Pucrs: Brasil.
- Terra, N. L. & Cunha, R. S. (2001). Geriatria Preventiva e Qualidade de Vida. In Terra, N. L. *Envelhecendo com qualidade de vida*. (pp. 89-95). Pucrs: Brasil.
- The WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Méd*, 41 (10), 1403-9.
- Trentini, C. M.; Chachamovich, E. & Fleck (2008). Qualidade de vida em idosos. In Fleck, M. P. A. & Colaboradores. *A avaliação da qualidade de vida: Guia para Profissionais de Saúde*. (pp.219-228). Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.
- WHO, World Health Organization (2002). *Active Aging: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- Wierucka, D. & Goodridge, D. (1996). Vulnerable in a safe place: institutional elder abuse. *Can. J. Nurs. Adm.* 9, 82–104.
- Williams, T. F. (1996). Geriatrics: perspective on quality of life and care for older people. In: Spilker, B. *Quality of life and pharmacoeconomic in clinical trials*. 2nd ed. (pp. 803-7). New York: Lippincott – Raven Publishers.
- Wolf, R. S.; Pillemer, K. & Wilson, N. L. (1994). What's new in elder abuse programming. *Gerontologist*, 34(1), 126-129.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *J. Adv Nurs*, 17(7): 795-800.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. (pp. 19-85). Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO I – Informação ao sujeito da investigação e consentimento informado

INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO

NOME DO ESTUDO: *Qualidade de Vida e Maus-Tratos da Pessoa Idosa na Comunidade.*

INVESTIGADOR: Eduarda Sofia Vieira Fernandes

CONTACTOS: Telemóvel – 924078295/Correio Electrónico – eduarda-sofia@hotmail.com

O estudo de investigação para o qual o convidámos a participar surge no âmbito do desenvolvimento da Dissertação do Mestrado (2º Ciclo) em Gerontologia – Especialidade em Gerontologia Social, da Universidade da Madeira.

OBJECTIVO DO ESTUDO

Este estudo engloba uma investigação sobre os maus-tratos ao idoso na comunidade e a influência deste factor na qualidade de vida. A informação recolhida irá ajudar a melhorar a compreensão da temática em estudo e a suscitar o interesse em futuras investigações nesta área.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Serão envolvidos utentes com 65 ou mais anos de Centros Sociais que autorizem participar no estudo. O inquérito levará cerca de 30 minutos a completar.

RISCOS DA PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO

Não existem quaisquer riscos associados ao responder aos questionários para este estudo.

BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR

A informação recolhida neste estudo poderá contribuir para o planeamento de estratégias de apoio a pessoas idosas no sentido de melhorar a qualidade de vida, embora não lhe traga qualquer benefício imediato pela sua participação.

ACESSO À INFORMAÇÃO

O seu nome não será identificado em nenhum questionário. Todos os elementos de recolha de dados pertencentes a este estudo serão mantidos confidenciais. A informação

recolhida neste estudo poderá ser divulgada e/ou publicada no futuro mas será mantida a confidencialidade da sua identidade, não sendo revelada na divulgação. No final do estudo serão eliminados todos os instrumentos de recolha de dados preenchidos.

CUSTOS DO ESTUDO

Não existem quaisquer custos da sua parte na investigação, exceptuando o tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

DIREITOS DO PARTICIPANTE

- a) Tem liberdade para, a qualquer momento, recusar responder às perguntas que lhe causem constrangimento de qualquer natureza;
- b) Pode abandonar a participação no trabalho sem apresentar justificação;
- c) Não terá a sua identidade revelada;
- d) Se desejar, poderá ser informado(a) de todos os resultados adquiridos com o trabalho, independentemente de deixar ou não de participar no mesmo.

PESSOA A CONTACTAR PARA EXPOR QUESTÕES OU PREOCUPAÇÕES

Se tiver alguma questão relativamente aos seus direitos enquanto participante nesta investigação, pode contactar-me através da informação divulgada no primeiro ponto deste esclarecimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo “Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade” é propriedade de Eduarda Sofia Vieira Fernandes. Dou o meu consentimento para que os dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados por Eduarda Sofia Vieira Fernandes, para fins de avaliação científica. Li (Foi-me lida) a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação e consentir na recolha, uso e revelação de informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

| | |
|----------------------------|------|
| Assinatura do participante | Data |
|----------------------------|------|

| | |
|----------------------|------|
| Nome do Investigador | Data |
|----------------------|------|

✂ _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo “Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade” é propriedade de Eduarda Sofia Vieira Fernandes. Dou o meu consentimento para que os dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados por Eduarda Sofia Vieira Fernandes, para fins de avaliação científica. Li (Foi-me lida) a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação e consentir na recolha, uso e revelação de informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

| | |
|----------------------------|------|
| Assinatura do participante | Data |
|----------------------------|------|

| | |
|----------------------|------|
| Nome do Investigador | Data |
|----------------------|------|

ANEXO II – Instrumentos de Recolha de Dados

AVALIAÇÃO COGNITIVA
Mini Mental State Examination (MMSE) – Validado para a População Portuguesa

I. ORIENTAÇÃO: “Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. RETENÇÃO “Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

Repita as três palavras (Dar um ponto por cada resposta correcta.)

III. ATENÇÃO E CÁLCULO “Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.” (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa, uma outra: “Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio.”

A palavra é: PORTA (Dar um ponto por cada letra correctamente repetida.)

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____

Nota: _____

IV. EVOCACÃO (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova da retenção.) “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

V. LINGUAGEM (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

- a) Mostrar o relógio de pulso.
“Como se chama isto?” _____

Nota: _____

- b) Mostrar o lápis.

"Como se chama isto?" _____

Nota:

- c) Repetir a frase: "O RATO RÓI A ROLHA".

Nota:

- d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão." (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Nota:

- e) "Leia e cumpra o que está neste cartão." (Mostrar cartão com frase: "FECHE OS OLHOS". Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.)
(Dar 1 ponto por cada realização correcta.)

Fechou os olhos _____

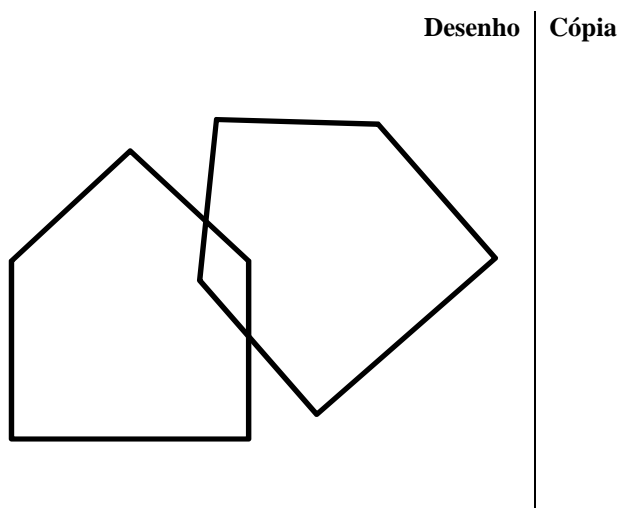
Nota:

- f) "Escreva uma frase." (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

Frase: _____

Nota:

- g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." (Mostrar desenho.)
(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)



Nota Total:

I - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Assinale com (X) a opção que corresponde à sua situação.

1. Idade: _____ anos.**2. Género:**

| | |
|----------|--------------------------|
| Feminino | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|

| | |
|-----------|--------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|

3. Estado civil:

| | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> | Casado(a) | <input type="checkbox"/> | Separado (a) | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> | Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> | União de Facto | <input type="checkbox"/> |

4. Última profissão desempenhada: _____**5. Nível de escolaridade:**

| | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Não sabe ler nem escrever | <input type="checkbox"/> | Sabe ler e escrever | <input type="checkbox"/> | 1º Ciclo ou 4º ano | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo ou 6º ano | <input type="checkbox"/> | 3º Ciclo ou 9º ano | <input type="checkbox"/> | Ensino Secundário | <input type="checkbox"/> |
| Curso Técnico Profissional | <input type="checkbox"/> | Bacharelato | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> | | |

6. Agregado familiar (com quem vive?)

| | |
|-----------|--------------------------|
| Esposo(a) | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|

| | |
|------------|--------------------------|
| Filhos(as) | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|

| | |
|---------|--------------------------|
| Sozinho | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|

 Outro: _____
7. Vive em casa própria?

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

| | |
|-----|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

8. Quais são os seus meios de subsistência?

| | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Pensão/Reforma | <input type="checkbox"/> | Rendas | <input type="checkbox"/> | Invalidez | <input type="checkbox"/> |
|----------------|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|

9. Vai visitar ou recebe visita de outros familiares ou amigos?

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

| | |
|-----|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

10. Tem algum passatempo?

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

| | |
|-----|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

 Qual? _____**11. Como avalia o seu estado de saúde?**

| | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Péssimo | <input type="checkbox"/> | Mau | <input type="checkbox"/> | Razoável | <input type="checkbox"/> | Bom | <input type="checkbox"/> | Muito Bom | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----------|--------------------------|

II - VERSÃO PARA PORTUGUÊS DE PORTUGAL DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

(Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes, 2006)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|--|------|-------|---------------|----------|---------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deve pôr um círculo À volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|---------------|--------------------------------------|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 1 (G1) | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito Nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|---------------|---|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 2 (G4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Nem muito Nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|------------------|--|------|-------|------------------------|-------|------------|
| 3 (F1.4) | Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 (F11.3) | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 (F4.1) | Até que ponto gosta da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 (F24.2) | Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 (F5.3) | Até que ponto se consegue concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 (F16.1) | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 (F22.1) | Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Qualidade de vida e maus-tratos do idoso na comunidade

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|-------------------|---|------|-------|---------------|----------|---------------|
| 10 (F2.1) | Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 (F7.1) | É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 (F18.1) | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 (F20.1) | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 (F21.1) | Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Má | Má | Nem boa Nem má | Boa | Muito Boa |
|------------------|---|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 15 (F9.1) | Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito Nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|-------------------|---|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 16 (F3.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 (F10.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 (F12.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 (F6.3) | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 (F13.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 (F15.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 (F14.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 (F17.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 (F19.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 (F23.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que se sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|------------------|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------|
| 26 (F8.1) | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III - HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)

(Neale, A.V. M.; Hwalek, M. C. Sengstock; R. O. Scott & C Stahl. (1991). "Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test." *Journal of Applied Gerontology*, 10 (4): 417-429. Traduzido por Eduarda Fernandes, 2011, Universidade da Madeira).

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. Tem alguma pessoa que lhe faça companhia, que o(a) leve às compras ou ao médico? | | |
| 2. O(A) senhor(a) está a ajudar a sustentar alguém? | | |
| 3. Costuma sentir-se muitas vezes triste ou só? | | |
| 4. As outras pessoas costumam tomar decisões por si sobre a sua vida – por exemplo onde é que deve viver ou onde é que deve morar? | | |
| 5. Sente-se desconfortável com alguém da sua família? | | |
| 6. Tem capacidade para tomar os seus medicamentos e para se deslocar a diferentes locais por conta própria? | | |
| 7. Sente que ninguém o quer por perto? | | |
| 8. Alguém da sua família consome muitas bebidas alcoólicas? | | |
| 9. Alguém da sua família o(a) obriga a permanecer na cama ou lhe diz que o(a) senhor(a) está doente quando o(a) senhor(a) sabe que não está? | | |
| 10. Alguém já o(a) obrigou a fazer coisas que não queria fazer? | | |
| 11. Alguém já lhe retirou coisas que lhe pertenciam sem o seu consentimento? | | |
| 12. Confia na maioria das pessoas da sua família? | | |
| 13. Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas? | | |
| 14. Em casa, tem privacidade suficiente? | | |
| 15. Alguém próximo de si tentou magoá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente? | | |

IV - PERGUNTAS DE ELICIAÇÃO DO ABUSO OU NEGLIGÊNCIA A ADULTOS IDOSOS

(Carney, Kahan & Paris, 2003; Questions to Elicit Elder Abuse. Traduzido e validado por José Ferreira-Alves & Mónica Sousa, 2005, 2010, Universidade do Minho)

| I | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| 1. Actualmente sente medo de alguém na sua casa? | | |
| 2. No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém? | | |
| 3. No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto? | | |
| 4. No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão? | | |
| II | Sim | Não |
| 5. Actualmente sente-se sozinho(a)? | | |
| 6. 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? | | |
| 7. 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? | | |
| 8. No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer? | | |
| 9. Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte: | | |
| a) Discussões verbais violentas | | |
| b) Conversações tranquilas | | |
| c) Agressões físicas | | |
| d) Ameaças | | |
| e) Abandono/isolamento | | |
| f) Não surgem conflitos | | |
| g) Outros: _____ | | |
| III | Sim | Não |
| 10. Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços? | | |
| 11. No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo? | | |
| 12. Actualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo? Se sim, como? _____ | | |
| 13. Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la? Se sim, como? _____ | | |
| IV | Sim | Não |
| 14. 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? | | |
| 15. No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento? | | |

ANEXO III – Pedido de autorização para a utilização da escala WHOQOL-BREF

Pedido de autorização e de esclarecimentos

De: **Eduarda Fernandes** (eduarda-sofia@hotmail.com)

Enviada: sexta-feira, 19 de Agosto de 2011 20:12:40

Para: mccanavarro@fpce.uc.pt

📎 1 anexo

FormularioWHOQOL (Eduarda).pdf (82,3 KB)

Boa tarde Exma. Sra. Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro.

Eu, Eduarda Sofia Vieira Fernandes, estou a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gerontologia Social (2º ciclo) na Universidade da Madeira e a realizar uma dissertação cujo tema é "Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade." Pedi autorização para a utilização da escala WHOQOL - bref para o estudo "Qualidade de Vida do Idoso Aposentado com 65 ou mais anos" mas entretanto mudei de tema, embora continue a utilizar a mesma escala.

Venho por este meio solicitar a Vossa Excelência o consentimento para a utilização da escala na dissertação com o tema supracitado e que, se possível, me elucide relativamente ao significado das dimensões da escala.

Envio em anexo o formulário preenchido necessário ao pedido de utilização da escala mencionada.

Aguardo uma resposta de Vossa Excelência.

Grata pela sua atenção e disponibilidade.

Contactos:

Correio electrónico: eduarda-sofia@hotmail.com

Telemóvel: 924078295

FORMULÁRIO WHOQOL *

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

1. Instrumento

☐ WHOQOL – 100 ☒ WHOQOL - bref

2. Identificação do Estudo/Projecto

Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade

3. Identificação do Investigador Responsável ou

[para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

Nome: Prof^a. Dr.^a Maria João Barreira Rodrigues (orientadora)

Morada: Universidade da Madeira, Caminho da Penteada, 9000 – 390, Funchal

Telefone: 291705137

E-mail: mjbarreira@uma.pt

4. Identificação dos elementos da equipa do projecto

Eduarda Sofia Vieira Fernandes (mestranda)

5. Objectivos do Projecto

- Avaliar o risco de abuso e/ou negligência aos idosos no contexto comunitário;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos no contexto comunitário;
- Avaliar a influência do risco do abuso ou negligência na Qualidade de Vida dos idosos.

6. Dados Metodológicos

5.1. Tipo de população

Sujeitos com 65 ou mais anos que sejam utentes dos Centros Sociais Municipais de Santana.

5.2. Tamanho da amostra

A amostra desta investigação é do tipo não-probabilístico e intencional e é constituída por 48 sujeitos.

5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

- Questionário Sócio-Demográfico;
- Mini Mental State Examination (MMSE) – permite a avaliação cognitiva em função da escolaridade para saber se há ou não défice cognitivo;
- HWALEK-SENGSTOCK Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST): Adaptação transcultural para o português (Brasil) - visa identificar o risco de violência contra o idoso;
- Perguntas de eliciação de abuso ou negligência a adultos idosos – permite de-terminar as condições de vida dos adultos idosos.

Data: Faial, 19 de Agosto de 2005

Assinatura: Eduarda Sofia Vieira Fernandes

- **Enviar para:** mccanavarro@fpce.uc.pt

Ou Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo – Apartado 6153
3001-802 Coimbra

[WHOQOL-bref] Envio de material

De: **Sofia Gameiro** (sgameiro@fpce.uc.pt)
Enviada: terça-feira, 30 de Agosto de 2011 10:28:07
Para: eduarda-sofia@hotmail.com
1 anexo
WHOQOL-BREF.zip (206,2 KB)

Cara Dra. Eduarda Fernandes,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:
- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro

--

Sofia Gameiro
sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 COIMBRA
telf. 239 851450 / fax 239 851465

ANEXO IV – Pedido de autorização para a utilização do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)

H-S/EAST

De: **Eduarda Fernandes** (eduarda-sofia@hotmail.com)
Enviada: segunda-feira, 20 de Junho de 2011 17:54:03
Para: mhwalek@specassociates.org
Conjunto de caracteres:

Dear Neale, Hwalek, Sengstock, Scott and Stahl

My name is Eduarda Fernandes and I am doing an academic dissertation about quality of life and violence in elderly people on my Master's Degree in Social Gerontology at the University of Madeira (Portugal). I would like to use the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. I would be grateful if you give me your permission to use it and translate it to portuguese of Portugal.

Thank you for your patience and cooperation.

If you have any questions or concerns, don't hesitate to let me know.

I look forward to hearing from you.

Best regards,

Eduarda Fernandes

RE: H-S/EAST

De: **Melanie Hwalek** (MHwalek@specassociates.org)
Enviada: segunda-feira, 20 de Junho de 2011 18:51:01
Para: Eduarda Fernandes (eduarda-sofia@hotmail.com)
Cc: marycay910@wowway.com (marycay910@wowway.com)

Hello Eduarda.

Yes, you have our permission to use the H-S EAST and to translate it into Portuguese. We would appreciate receiving a copy of the Portuguese version of the tool for our collection, if that will be possible.

We would also appreciate any copies of papers or publications that result from your work with the H-S EAST.

Thanks for contacting us and good luck with your research.

Melanie

Melanie Hwalek, Ph.D.

CEO

SPEC Associates

615 Griswold, Suite 1505

Detroit, MI 48226

mhwalek@specassociates.org

www.specassociates.org

313-964-0500

ANEXO V – Pedido de autorização para a utilização do instrumento Perguntas de Eliciação do Abuso ou Negligência a Adultos Idosos

RE: Dissertação: "Qualidade de Vida e Maus-Tratos ao Idoso na Comunidade"

De: **José Ferreira-Alves** (alves@psi.uminho.pt)
Enviada: quarta-feira, 13 de Abril de 2011 13:04:40
Para: 'Eduarda Fernandes' (eduarda-sofia@hotmail.com)
📎 1 anexo
QEEA Portuguêsvalidado.pdf (16,8 KB)

Cara Eduarda

Anexo o primeiro instrumento sobre o qual há alguns dados de validação.

Pode também consultar o relatório Português do Estudo Avow em:
<http://hdl.handle.net/1822/11920>

Lá terá acesso a todos os itens administrados a uma amostra da população nacional

Caso utilize um ou outro destes instrumentos agradeço informação de que vai iniciar e o envio dos principais dados no final

Muito obrigado

Bom trabalho

José Ferreira-Alves

Escola de Psicologia

Universidade do Minho

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Tel. 253604233

www.psi.uminho.pt

Dissertação: "Qualidade de Vida e Maus-Tratos ao Idoso na Comunidade"

De: **Eduarda Fernandes** (eduarda-sofia@hotmail.com)

Enviada: terça-feira, 10 de Maio de 2011 01:46:33

Para: alves@psi.uminho.pt

Exmo. Sr. Professor Doutor José Ferreira-Alves

Eu, Eduarda Sofia Vieira Fernandes, licenciada em Educação Sénior pela Universidade da Madeira e neste momento a frequentar o segundo ano do Mestrado em Gerontologia Social (2º ciclo) na Universidade da Madeira, venho por este meio agradecer-lhe a informação que me facultou, que tem sido fundamental para o desenvolvimento do meu estudo, e pedir-lhe autorização para utilizar a escala sugerida por Vossa Excelência, denominada "Perguntas de Eliciação do Abuso ou Negligência a Adultos Idosos". Aproveito a oportunidade para solicitar que, se possível, me envie a versão portuguesa do questionário AVOW. Relativamente ao questionário referido, gostaria que me elucidasse se este apenas poderá ser aplicado ao género feminino em específico ou a ambos os géneros.

Grata pela sua atenção e ajuda.

Com os melhores cumprimentos e a mais elevada consideração,

Eduarda Fernandes

ANEXO VI – Pedido de autorização para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados nos Centros Sociais Municipais do Concelho de Santana

Eduarda Sofia Vieira Fernandes

Fajã Grande - Faial

9230-050 Santana

**Exmo. Senhor Presidente da Associação
Santana Cidade Solidária (ASCS)**

Sítio do Pico

9230-106 Santana

Assunto: Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados do projecto de dissertação “Qualidade de Vida e Maus-Tratos ao Idoso na Comunidade.”

Exmo. Senhor Presidente

Eu, Eduarda Sofia Vieira Fernandes, aluna do Curso de Mestrado em Gerontologia Social, na Universidade da Madeira, venho, por este meio, solicitar a V. Ex.^{cia} autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, em anexo, aos utentes que frequentam os Centros Sociais do Concelho de Santana que estão sob a tutela da Associação Santana Cidade Solidária.

Esta Investigação tem como objectivos: avaliar os maus-tratos ao idoso na comunidade e a influência deste factor na qualidade de vida. Os resultados do estudo visam contribuir para a compreensão da temática e para o planeamento de estratégias de apoio a idosos

Prevê-se a colheita de dados entre Junho de 2011 e Setembro de 2011.

Comprometo-me a respeitar as regras éticas e deontológicas, bem como proceder ao envio dos resultados da investigação, caso me seja solicitado.

Aguardo a sua melhor receptividade sobre o assunto, com a brevidade que lhe for possível.

Com os melhores cumprimentos e a mais elevada consideração.

Funchal, 24 de Maio de 2011.

A mestrandia,

(Eduarda Sofia Vieira Fernandes)

Anexo:

Projecto de Dissertação: “Qualidade de Vida e Maus-Tratos ao Idoso na Comunidade.”
Instrumentos de Recolha de Dados