

# Maus Tratos na Pessoa Idosa, na R A M

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Isis da Costa Pestana Castro**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL



UNIVERSIDADE da MADEIRA

*A Nossa Universidade*

[www.uma.pt](http://www.uma.pt)

Setembro | 2011

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



# **Maus Tratos na Pessoa Idosa, na RAM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Isis da Costa Pestana Castro**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTAÇÃO

Maria João Barreira Rodrigues

CO-ORIENTAÇÃO

Clementina Morna

*Para cuidar, toca-se e essa intimidade forçada supõe uma extrema competência e extrema delicadeza, para poder ser aceite sem danos.*

*Laroque (2005)*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Barreira Rodrigues, orientadora desta dissertação, por todo o seu apoio, incentivo e disponibilidade incondicional, pela competência científica, sem a qual não teria sido possível a consecução deste estudo de investigação.

À Professora Mestre Clementina Morna, co-orientadora deste estudo pela ajuda que me facultou.

A todas as Pessoas Idosas que tornaram possível a realização deste estudo de investigação.

A todos os Enfermeiros da RAM, que colaboraram na aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Aos meus Amigos pelo estímulo, carinho e amizade, que me acompanharam ao longo deste percurso, em especial, M<sup>a</sup> João, Liana, Lucinda, Andreia, Ana Isabel, Lúcia, Teresa Rita, Débora e Celeste.

Aos meus cunhados, Francisco, Ana Maria e Luísa, pela vossa disponibilidade e colaboração que viabilizaram a elaboração deste estudo de investigação.

Ao meu marido Bruno, ao meu querido filho Bruno Miguel, aos meus pais, João e Ascensão, à minha irmã Daisy e ao meu cunhado Artur, pela vossa presença constante e apoio incondicional, o meu reconhecido Obrigado!

## SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C. – Antes de Cristo

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CE – Conselho da Europa

d.C. – Depois de Cristo

DRE – Direcção Regional de Estatística

EUA – Estados Unidos da América

H-S/EAST – Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

INE – Instituto Nacional de Estatística

INPEA – Rede Internacional para a Prevenção do abuso na pessoa idosa

*M* – Média

*ns* – não significativo

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QEEA – Questions to Elicit Elder Abuse

RAM – Região Autónoma da Madeira

*SD* – Desvio padrão

SESARAM, E.P.E. – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

## RESUMO

Da reflexão sobre maus tratos na pessoa idosa, propôs-se estudar as características psicométricas do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, validada nos EUA por Neale, Hwalek, Sengstock, Scott e Stahl (1990); analisar a influência da capacidade funcional da pessoa idosa na percepção dos maus tratos, através do Índice de Barthel; como também, analisar a influência da discriminação social da pessoa idosa na percepção dos maus tratos, através do Ageism Survey.

Optou-se por uma investigação quantitativa do tipo transversal, exploratória e descritiva. Amostra foi do tipo probabilística, estratificada por concelho e aleatória por freguesias, constituída por 342 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; conscientes e orientadas no tempo e no espaço, sem défice cognitivo, inscritas nos centros de saúde da RAM e não institucionalizadas. A média de idade é de 74.59 anos e 69.9% pertencem ao género feminino.

Todas as correlações obtidas através do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson são estatisticamente significativas e positivas nas várias dimensões das escalas dos maus tratos (H-S/EAST e QEEA). Pode afirmar-se que os idosos com maior risco de abuso apresentam também indicadores de abuso físico, emocional, negligência e abuso financeiro. No que diz respeito à capacidade funcional, observam-se correlações significativas e negativas com as situações potenciais de abuso e com os indicadores de abuso físico e emocional, ou seja, esta variável tende a evoluir em sentido oposto das restantes. Assim, os idosos mais dependentes percebem níveis mais elevados de situações potenciais de abuso e de indicadores de abuso físico e emocional. Pode concluir-se ainda, que relativamente à discriminação social as correlações mais elevadas verificam-se quando os idosos percebem maior risco de abuso directo, de situações potenciais de abuso e de indicadores de abuso emocional. Contudo, verifica-se que são propensos a evidenciar mais experiências de discriminação social relacionadas com a idade avançada, os idosos com maior percepção de indicadores de abuso físico, financeiro e negligência.

Com estes resultados pretende-se contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno, e intervir de forma eficiente junto da pessoa idosa na prevenção, intervenção e, se necessário, encaminhar para profissionais especializados na área.

**Palavras chave:** Pessoa idosa; capacidade funcional; discriminação social e maus tratos.

## ABSTRACT

In order to evaluate ill-treatments on the elderly, the psychometric characteristics by Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, validated in the USA by Neale, Hwalek, Sengstock, Scott and Stahl (1990) were proposed to be studied; the influence of the functional capacity of the elderly and their perception of ill-treatments through Barthel's index was analysed, as well as the influence of social discrimination on the elderly and their perception of ill-treatments through the Ageism Survey.

A quantitative investigation of transversal type, exploratory and descriptive was chosen. The sample was of a probabilistic type, stratified by councils and aleatory by towns, was composed by 342 people of 65 years of age and over; conscious and oriented in time and space, with no cognitive deficit, enrolled in local health centers of the Autonomous Region of Madeira and who were not institutionalised. The age range is of 74.59 years of which 69.9% are females.

All correlations obtained through the correlative coefficient  $r$  by Pearson are statistically significant and positive in the various dimensions of scales of ill-treatments (H-S/EAST and QEEA). It can be affirmed that the elderly with a higher risk of abuse also present indicators of physical, emotional, negligence and financial abuse. Concerning the functional capacity, significant and negative correlations were observed with the potential situations of abuse and with the indicators of both physical and emotional abuse, that is, this variable tends to evolve in the opposite from the rest. Thus, the elderly who are more dependent perceive higher levels of situations which are potentially of abuse and of indicators of both physical and emotional abuse. It can be concluded that in relation to social discrimination the higher correlations can be verified when the elderly perceive a higher risk of direct abuse, of potential situations of abuse and of indicators of emotional abuse. Nevertheless, it was verified that the older they are, the more they are faced with social discrimination, a higher perception of physical abuse financial and negligence.

The aim of these results is to contribute to a better understanding of this phenomenon and to be able to intervene efficiently next to the elderly in the prevention, intervention and, if necessary, to lead the elderly to professionals specialised in this area.

**Key words:** The elderly; functional capacity; social discrimination and ill-treatments.

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

Parte I – MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA.....	14
Capítulo I – A PESSOA IDOSA.....	15
1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO.....	17
2. VULNERABILIDADE.....	21
3. DISCRIMINAÇÃO SOCIAL .....	24
Capítulo II – MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA.....	28
1. TEORIAS EXPLICATIVAS .....	36
2. FACTORES DE RISCO .....	42
3. TIPOS E CONSEQUÊNCIAS .....	45
4. DETECÇÃO E INTERVENÇÕES .....	52
Parte II – ESTUDO EMPÍRICO .....	60
Capítulo I – METODOLOGIA.....	61
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS .....	62
2. VARIÁVEIS .....	64
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	64
3.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	66
4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	70
5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	71

5.1. CAPACIDADE COGNITIVA (MINI MENTAL STATE EXAMINATION).....	72
5.2. CAPACIDADE FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL) .....	73
5.3. DISCRIMINAÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA (AGEISM SURVEY).....	74
5.4. RISCO DE ABUSO NOS IDOSOS (HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST).....	75
5.4.1. Propriedades Psicométricas do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test.....	78
5.5. INDICADORES DE ABUSO NOS IDOSOS (QUESTIONS TO ELICIT ELDER ABUSE).....	82
<b>6. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO .....</b>	<b>84</b>
<b>Capítulo II – RESULTADOS .....</b>	<b>86</b>
<b>1. MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA RESIDENTE NA COMUNIDADE .....</b>	<b>87</b>
<b>Capítulo III – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....</b>	<b>98</b>
<b>1. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO SESARAM, E.P.E.....	119
ANEXO II – DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO.....	121
ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	124
ANEXO IV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	126

## ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

### FIGURAS

Figura 1 - Índice de envelhecimento da população residente em Portugal 2000-2009.....	18
Figura 2 - Pirâmides etárias da população residente em Portugal, no ano 2000 e 2009.....	19
Figura 3 - Pirâmides etárias da RAM, nos anos 2000, 2025 e 2050.....	20
Figura 4 - Modelo Ecológico para compreender a violência .....	38
Figura 6 - Tipologia da violência .....	47
Figura 7 - Prevenção, evolução dos maus tratos nas pessoas idosas e possíveis acções.....	58
Figura 8 - Desenho do estudo.....	63

### QUADROS

Quadro 1 - Número de utentes inscritos por género e por concelho, ano 2010.....	65
Quadro 2 - Distribuição das pessoas idosas por grupo etário e género .....	66
Quadro 3 - Características sócio-demográficas e grupo etário.....	68
Quadro 4 - Características familiares e grupo etário .....	69
Quadro 5 - Consumo de bebidas alcoólicas e grupo etário .....	70
Quadro 6 - Estrutura factorial do H-S/EAST.....	80
Quadro 7 - Consistência interna do H-S/EAST .....	81
Quadro 8 - Versão final do H-S/EAST.....	81
Quadro 9 - Estatística descritiva do risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) .....	82

Quadro 10 - Estatística descritiva da capacidade funcional do idoso (Índice de Barthel).....	87
Quadro 11 - Capacidade funcional do idoso e variáveis independentes .....	88
Quadro 12 - Estatística descritiva da discriminação social da pessoa idosa (Ageism Survey) .....	89
Quadro 13 - Discriminação social da pessoa idosa e variáveis independentes.....	89
Quadro 14 - Estatística descritiva do risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) .....	90
Quadro 15 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e género .....	90
Quadro 16 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e grupo etário .....	91
Quadro 17 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e escolaridade .....	91
Quadro 18 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e rendimento mensal .....	92
Quadro 19 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e coabitação .....	92
Quadro 20 - Estatística descritiva dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA).....	93
Quadro 21 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e género.....	93
Quadro 22 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e grupo etário.....	94
Quadro 23 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e escolaridade.....	94
Quadro 24 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e rendimento mensal.....	95

Quadro 25 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e coabitação.....	95
Quadro 26 - Matriz de correlações entre os maus tratos, capacidade funcional e discriminação social da pessoa idosa.....	97

## INTRODUÇÃO

Ao longo da História da Humanidade, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas têm vindo a sofrer modificações resultantes do nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humana, como também, da cultura e das relações sociais de várias épocas (Paúl, 2005).

Após a Revolução Industrial, verificou-se o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da tecnologia, que permitiram a prevenção e a cura de doenças, aumentando assim a longevidade dos seres humanos. Zimerman (2000) refere, que depois da Segunda Guerra Mundial (1945-1960), principalmente na Europa e nos Estados Unidos, ocorreu um significativo aumento na taxa de natalidade, conhecido por “baby-boom”, mas, com a evolução prodigiosa da esperança de vida, prevê-se que, em 2025, aconteça o “velho-boom”. De facto, os idosos de hoje são os primeiros na História da Humanidade, em maior número e com maior longevidade (Gineste e Pellissier, 2008).

Neste sentido, o envelhecimento tornou-se num dos desafios mais importantes do século XXI, conduzindo a uma reflexão sobre o decréscimo da população activa; o envelhecimento da mão-de-obra; a pressão sobre os regimes de pensão e finanças públicas; a necessidade de redes formais de prestação de cuidados e serviços aos idosos, a par dos maus tratos que lhes podem ser infligidos, quer seja em contexto familiar ou institucional (Dias, 2009).

De facto, o aumento da população idosa, associado a maior nível de dependência e/ou incapacidades, e à profunda aceleração e instabilidade do mundo de hoje, muitas vezes intolerante e indiferente, dominado pelo materialismo e egocentrismo, são conjunturas da nossa sociedade que poderão conduzir a situações de risco para a pessoa idosa. Nesta perspectiva, acresce o interesse da comunidade científica pelo fenómeno dos maus tratos à pessoa idosa, fenómeno este, considerado oculto desde a antiguidade.

No relatório mundial sobre violência e saúde, Wolf, Daichman e Bennett (2002) o designaram, como um problema de saúde pública, que incorpora uma grande relevância na actualidade, cuja prática, atenta os Direitos Humanos. Deste relatório, consta uma mensagem acerca da violência

*“O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. (...) Menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário (...) pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados (...). Este sofrimento (...) é um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela”.*

*Nelson Mandela (2002)*

Dahlberg e Krug (2002), defendem que o efeito dos maus tratos pode ser percebido de várias formas, em diferentes partes do mundo. Por ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas são vítimas de lesões não fatais, derivadas de violência auto-infligida, interpessoal ou colectiva. É evidente que não se pode determinar o custo humano em sofrimento e dor. Na verdade, a maior parte deste custo é invisível.

Neste âmbito, a Organização Mundial de Saúde solicita aos Estados Membros que avaliem a violência nos seus territórios e notifiquem a esta mesma organização, tais informações e suas abordagens. Em Portugal, a questão dos maus tratos na pessoa idosa ainda não está verdadeiramente na ordem do dia, a “persistência da conflitualidade numa fase avançada do ciclo de vida familiar” (Dias, 2009, p. 3) é um facto que perdura na nossa sociedade.

Reconhecendo a violência como um fenómeno complexo e integrante da existência humana (Karli, 2008) e, por não se conhecer ao certo a prevalência deste fenómeno contra as pessoas idosas portuguesas, torna-se premente e até prescritivo que se realizem estudos nesta área (Alves, 2004). Há que advogar a protecção e segurança da pessoa idosa.

Da reflexão sobre este fenómeno social, considera-se importante compreender de que modo a capacidade funcional e a discriminação social da pessoa idosa influenciam a percepção acerca dos maus tratos na pessoa idosa.

Orientou-se o estudo a partir das questões: Qual a percepção dos maus tratos, da capacidade funcional e da discriminação social nos idosos? De que modo a capacidade funcional e a discriminação social influenciam a percepção acerca dos maus tratos nos idosos?

Assim, definiram-se os seguintes objectivos:

- Estudar as características psicométricas do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test;

- Analisar a influência da capacidade funcional da pessoa idosa na percepção dos maus tratos;

- Analisar a influência da discriminação social da pessoa idosa na percepção dos maus tratos.

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, cuja amostra será constituída por pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, conscientes e orientadas no tempo e no espaço, inscritas nos centros de saúde da RAM e não institucionalizadas.

O trabalho está dividido em duas partes, a primeira visa a fundamentação teórica dos maus tratos na pessoa idosa, o primeiro capítulo refere-se à pessoa idosa, nomeadamente os aspectos demográficos do envelhecimento, a vulnerabilidade e a discriminação social, no segundo capítulo diz respeito às teorias explicativas, os factores de risco, os tipos e consequências e, por último, a detecção e intervenções no âmbito dos maus tratos na pessoa idosa. Na segunda parte, procede-se ao estudo empírico, no qual constam três capítulos, a metodologia, a apresentação e interpretação dos resultados da investigação e, a discussão dos resultados do estudo, seguindo-se as principais conclusões e sugestões.

Pretende-se com os resultados contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno, e para uma intervenção mais eficiente junto da pessoa idosa na prevenção, identificação e encaminhamento para os profissionais competentes e especializados nesta área.

Seguindo a perspectiva de Zimermam (2000), há que investir numa reestruturação social, política e económica, pois o envelhecimento demográfico exige uma série de mudanças, como a criação de novos espaços, novos produtos e serviços e, claramente, a reformulação de conceitos e posturas perante a pessoa idosa.

## **PARTE I – MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA**

## CAPÍTULO I – A PESSOA IDOSA

A vida humana é assegurada por uma série de mecanismos intrínsecos, subjacentes a todos os sistemas biológicos, por sua vez, o ser humano interage com o meio ambiente e adquire comportamentos que descrevem o seu estilo de vida, influenciando assim, a sua saúde e bem-estar, bem como a sua expectativa de vida (Botelho, 2000). Além da dimensão física e espiritual, o ser humano é um extraordinário sistema de bioenergia, um complexo de emoções, pensamentos e convicções teóricas (Andrade, 2002).

O envelhecimento é um processo universal, cujo contexto físico, político e cultural irá facilitar ou dificultar o processo de adaptação da pessoa, acelerando ou retardando o seu envelhecimento (Rodrigues, Diogo e Barros, 1996).

Desde o Antigo Testamento, o conceito de velhice foi tema de preocupação (Paúl, 2005). Platão (427 - 347 a.C.) considera o envelhecimento como uma continuação dos jovens e adultos. Já no entender de Hipócrates (460 - 377 a.C.), primeiro filósofo a formular hipóteses médicas quanto às causas do envelhecimento, é um processo natural, físico e irreversível. Posteriormente Galeno (131 - 201 d.C.) e Paracelso (1493 - 1541) fazem alusão a processos biológicos de envelhecimento e a algumas medidas de prevenção (Sequeira, 2010).

A gerontologia surge em 1903, como uma nova ciência, com Elie Metchikoff, embora apenas se tornasse conhecida após a II Guerra Mundial, com a fundação da Society of Gerontology, na América do Norte, originando um crescente interesse pela população idosa, através da divulgação de trabalhos de investigação, publicações e a celebração de vários acontecimentos (Sequeira, 2010).

Em 1965, a Declaração dos Direitos das Pessoas Idosas, estabeleceu princípios de respeito pela vida e pela dignidade da pessoa humana. Em 1982, o primeiro Plano Mundial teve por objectivo orientar as políticas sobre o envelhecimento (ONU). No final do ano 1989, a Carta Social Europeia, propõe o primeiro Programa Comunitário Europeu a Favor das Pessoas Idosas. Em 1991, surgem os “Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas de Idade” designadamente: o princípio da independência, o princípio da participação, o princípio dos cuidados, o princípio da

realização pessoal e o princípio de viver com dignidade. Na RAM, em 1992, acontece a I Conferência Europeia: “As pessoas idosas e a família, solidariedade entre gerações”.

Em 1999, por empenho da ONU, celebrou-se o “Ano Internacional do Idoso”. No ano 2002, surge o programa “Envelhecimento e Curso de Vida”, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Declaração de Toronto para a Prevenção Global dos Maus Tratos aos Idosos, proclamada por peritos da Rede Internacional para a Prevenção do Abuso no Idoso (INPEA) e pela OMS. O projecto cidade amiga do idoso foi lançado pela OMS no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, em Junho de 2005.

A Constituição da República Portuguesa, promulgou pela VII Revisão Constitucional (2005), o artigo 72.º, referente à protecção e segurança da pessoa idosa, que passo a citar:

*“1) As pessoas idosas têm o 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.*

*2) A política de 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”.*

Não obstante o envelhecimento ser um fenómeno natural, envelhecer é um processo complexo de desenvolvimento (Mailloux-Poirier, 1994; Zimmerman, 2000; Paúl, 2005; Fonseca, 2006 e Cardão, 2009). A percepção deste fenómeno é elaborada a partir da observação, da vivência ou do que é transmitido pela família e pela sociedade (Zimmerman, 2000 e Sequeira, 2010).

Embora o limite cronológico do envelhecimento varie em função da profissão, país, sistema social ou cultural, considera-se pessoa idosa todo o indivíduo com 65 e mais anos (ONU do CE e da OCDE). Este limite pode constituir uma restrição ao estudo do envelhecimento da pessoa, ou seja, não proporciona informações sobre a qualidade de vida, a experiência psicológica e social ou o estado de saúde (Paúl e Fonseca, 2001).

## 1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO

No relatório mundial sobre violência e saúde, Wolf, Daichman e Bennett (2002), referem que no ano 2025, a população do mundo com 60 e mais anos de idade, será mais do que o dobro, passando de 542 milhões, valor obtido no ano 1995, para cerca de 1.2 bilião, das quais 80% se encontram em países desenvolvidos. Contudo, o envelhecimento demográfico não evolui de forma idêntica em todas as regiões do mundo variando conforme o grau de desenvolvimento (INE, 2002). A nível mundial, no período compreendido entre 1970 e 2007, as pessoas com mais de 65 anos nas regiões não desenvolvidas aumentaram de 3.7% para 5.5%, enquanto que nas regiões desenvolvidas apresentaram um aumento mais significativo, de 9.9% para 15.3% (Nazareth, 2009).

Segundo dados divulgados pela Comissão das Comunidades Europeias (2001), assistir-se-á um aumento significativo dos indivíduos com 65 e mais anos, passando de 16.1% em 2000 para 22% em 2025 e 27.5% em 2050. De igual modo, a percentagem de pessoas idosas com idade superior a 80 anos, irá aumentar passando de 3.6% no ano 2000, para 6% em 2025 e 10% em 2050.

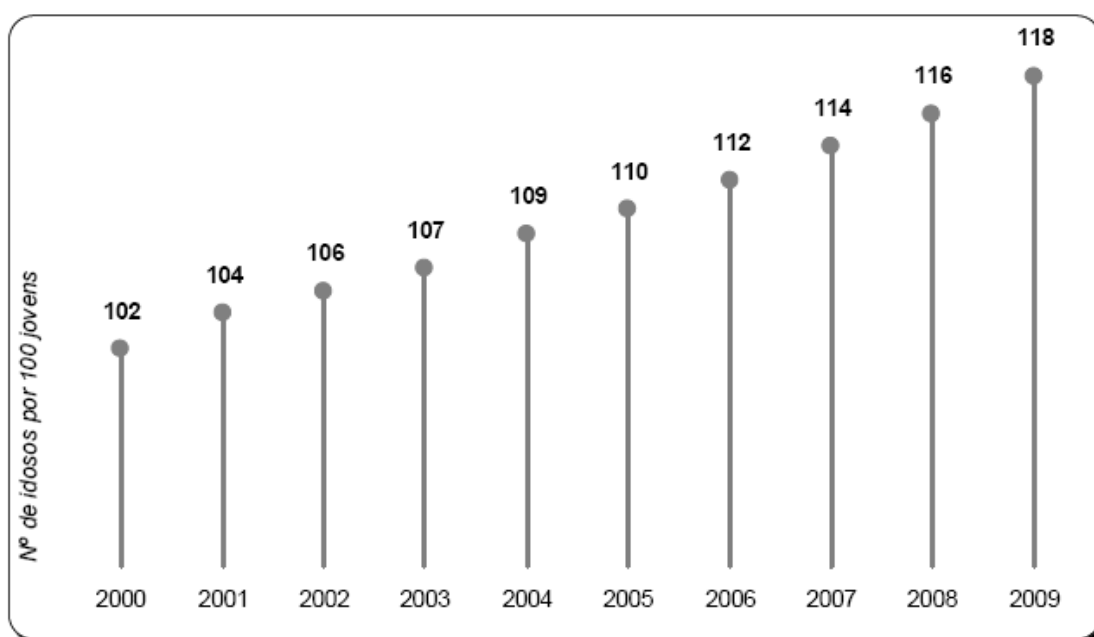
A longevidade média da população da União Europeia é uma das mais elevadas de todo o mundo e continua a aumentar, sendo, respectivamente, de 74.7 e de 81.1 anos para os homens e para as mulheres nascidos no ano 2000. Conforme o cenário de referência do Eurostat, no ano 2050, será de 79.7 para os homens e de 85.1 anos para as mulheres (Comissão das Comunidades Europeias, 2001).

Nesta perspectiva, não é de surpreender que a Europa seja a região do mundo mais envelhecida. Portugal no ano 2007, apresentava uma percentagem de pessoas com 65 e mais anos, mais elevada (16.9%) relativamente à média obtida na Europa do Norte (15.8%) e a Europa Oriental (14.2%).

Na II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, que decorreu em Madrid (2002), o orador português Francisco Ribeiro Telles, com base nos resultados provisórios dos censos 2001, disse que a população residente total em Portugal é superior a 10.5 milhões de pessoas, das quais 1.7 milhões são pessoas com 65 anos ou mais anos. A percentagem de mulheres idosas, 18.4%, é superior à percentagem de homens idosos, 14.3%. Mais de 30% das famílias portuguesas vivem, pelo menos, com um membro com 65 anos ou mais anos. Das famílias portuguesas, 15% são constituídas por pessoas idosas e um número considerável de pessoas idosas, cerca de 2.5% da população total, vivem sozinhas.

Com base nos dados auferidos pelo INE (2010), a 31 de Dezembro de 2009, a população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 17.6% para 17.9%. Como consequência, pela análise da figura 1, o índice de envelhecimento da população residente em Portugal, aumentou de 102 idosos por cada 100 jovens, valor referente ao ano 2000, para 118 idosos por cada 100 jovens, no ano 2009.

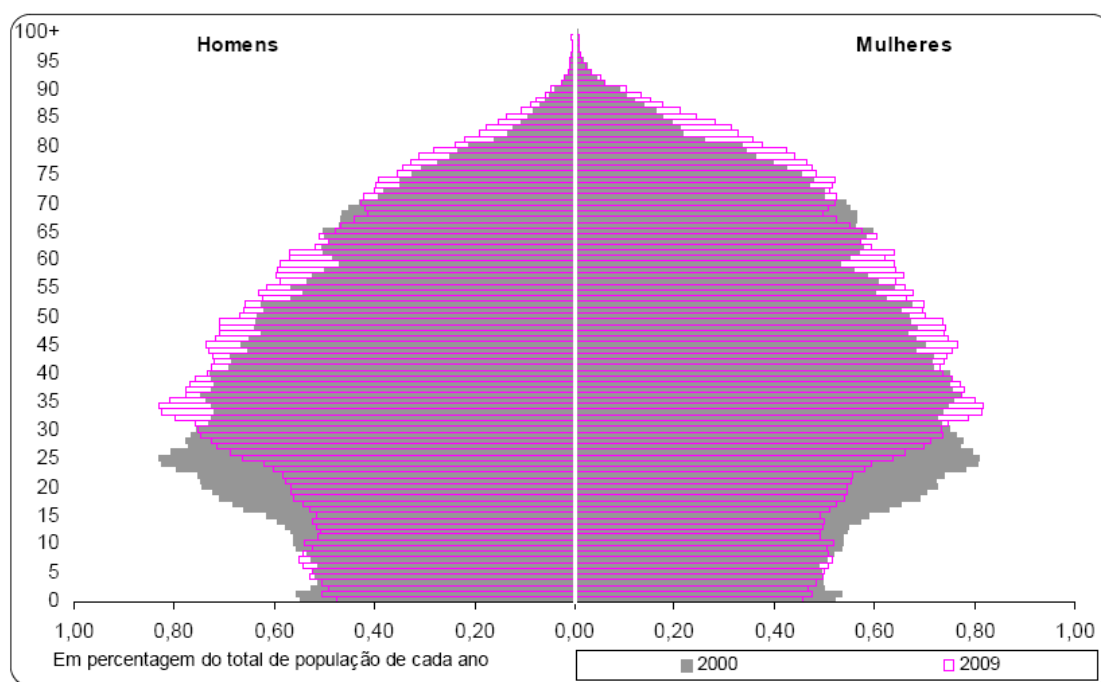
Figura 1 – Índice de envelhecimento da população residente em Portugal 2000-2009



Fonte: INE (2010). Estimativas de População Residente 2009.

Ao se comparar as pirâmides etárias da população residente em Portugal, (figura 2), constata-se um duplo envelhecimento consequente da diminuição da natalidade e do aumento da longevidade, verificando por conseguinte, um estreitamento da base e o alargamento do topo das pirâmides etárias.

Figura 2 - Pirâmides etárias da população residente em Portugal, no ano 2000 e 2009



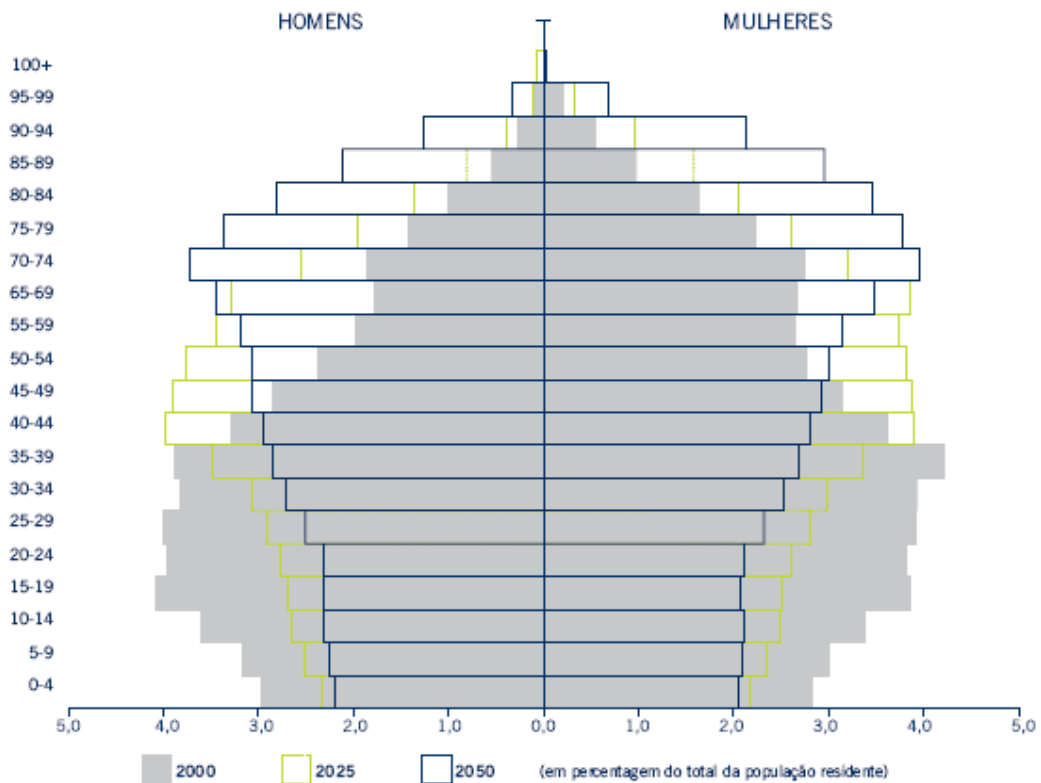
Fonte: INE (2010). Estimativas de População Residente 2009.

De acordo com o Plano Gerontológico 2009-2013, no ano 2001, Portugal apresentava uma esperança média de vida à nascença superior nas mulheres do que nos homens, respectivamente 80.37 e 73.89 anos. No ano 2050, continua a aumentar como se pode verificar, nas mulheres a esperança média de vida será de 84.69 anos e nos homens 78.97 anos.

Na Região Autónoma da Madeira, no ano 2001 as mulheres tinham uma esperança média de vida mais baixa que em Portugal, assumindo o valor de 77.50 anos (menos 2.87 anos) e o mesmo se passou com os homens com uma esperança média de vida de 68.53 anos (menos 5.36 anos). No ano 2003, o Plano Regional de Saúde, divulgou um aumento da esperança média de vida da população residente na Região Autónoma da Madeira, que acompanha a tendência Nacional e Europeia. Em 2050, o plano Gerontológico 2009-2013 publicou que a tendência será a mulher madeirense manter o seu lugar à frente do homem, respectivamente 84.52 anos e 78.76 anos, ou seja, mais 5.76 anos.

Constata-se que nos próximos anos, a pirâmide etária da RAM, irá assumir características de uma população envelhecida (figura 3).

Figura 3 - Pirâmides etárias da RAM, nos anos 2000, 2025 e 2050



Fonte: Plano Gerontológico da RAM (2009).

A população residente na RAM com idade igual ou superior a 65 anos corresponde a 33.578 idosos, sendo que 37.5% (12.592) são homens e 62.5% (20.986) são mulheres. E, as projecções indicam que no ano 2030 a população idosa será igual a 52.404 e no ano 2050 corresponderá a 71.242 idosos, ou seja, traduz-se num aumento de 112.17% comparativamente ao ano 2001 (Plano Gerontológico da RAM, 2009-2013). Assim, o século XXI será conhecido pelo século do envelhecimento demográfico.

No presente estudo considera-se pessoas idosas, os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está relacionada à idade da reforma (INE, 2002).

## 2. VULNERABILIDADE

Considerando os aspectos do envelhecimento demográfico, pode-se dizer que a pessoa idosa ao viver mais anos, tornar-se-á mais frágil e vulnerável. Embora, ser mais velho não signifique ser dependente; a tendência é aumentar o número de doenças crônicas incapacitantes, múltiplas patologias com problemas de dependência e/ou déficit funcional, o que implica a necessidade de suporte familiar, social e de saúde (Paúl e Fonseca, 2001 e Lage, 2005). Nos países em desenvolvimento constatou-se, nas últimas décadas, uma diminuição no risco de doenças transmissíveis entre as pessoas idosas, porém, quanto às doenças não transmissíveis verificou-se o inverso, o que justifica o aumento na prevalência de doenças crônicas e incapacitantes que está alcançando valores homólogos aos apresentados pelos países desenvolvidos (OMS e INPEA, 2002).

No que se refere à capacidade funcional, esta consiste na autonomia de execução de tarefas do cotidiano necessárias a todo o indivíduo, mas quando este sofre de determinada situação patológica, nomeadamente, uma deficiência, uma incapacidade/restricção da actividade e/ou desvantagem social/restricção da participação, significa que a sua capacidade funcional está afectada (Botelho, 2000).

Existem diversos instrumentos de avaliação da capacidade funcional, entre os quais, o Índice de Barthel, que avalia as actividades básicas de vida diárias, tais como: higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, levantar-se da cama ou de uma cadeira, subir e descer escadas, deambular, controlo da função intestinal, controlo da função urinária e o uso dos sanitários. Estas são consideradas um “conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, as quais permitem viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares” (Sequeira, 2010, p. 46).

Acrescendo às actividades de vida diárias, existem outros instrumentos de avaliação de autonomia instrumental, que complementam a informação do estado de saúde do indivíduo. Avaliam a execução de tarefas, tais como: a capacidade em utilizar o telefone, fazer compras, administrar o dinheiro, tomar medicamentos, utilizar meios de transporte ou executar algumas tarefas domésticas; relacionadas com a integração do indivíduo no meio ambiente (Botelho, 2000).

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a dependência é definida como uma “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por

doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Diário da República, o decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho, artigo 3º, alínea h), p. 3857). Assim, a dependência das pessoas não se resume apenas à sua incapacidade física; refere-se também a nível psíquico ou intelectual (Imaginário, 2008 e Sequeira, 2010).

Por outras palavras, a pessoa idosa pode ser fisicamente dependente, mas financeiramente independente, ou ainda, ser emocionalmente dependente e cognitivamente independente. Ainda que, teoricamente, exista uma diferenciação entre a dependência física e a dependência mental, elas são interdependentes (Sequeira, 2010).

Deste modo, a dependência funcional é consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/restricção da actividade, a qual estabelece uma desvantagem social/restricção da participação (Botelho, 2000).

Assim, quando o indivíduo é afectado por uma ocorrência de forma abrupta ou de forma progressiva, que resulte numa dependência, significa que terá de se adaptar a uma nova vida (Sequeira, 2010).

Neste âmbito, avaliar os diferentes níveis de incapacidade com o intuito de planificar cuidados de saúde adequados à pessoa idosa com dependência, constitui uma das metas importantes para os profissionais de saúde.

Cuidar de uma pessoa doente implica precisamente uma atenção especial à sua vulnerabilidade, ou seja, quanto maior for a vulnerabilidade da pessoa dependente, maior será a responsabilidade do cuidador. Citando Biscaia “O dilema do corpo que hoje se conhece melhor na sua genética, na sua fisiologia, (...) continua um corpo vivido e relacional, frágil principalmente quando a imaturidade, a doença ou a perda de competências aumenta a sua dependência dos outros” (2001, p. 110).

A fragilidade e a vulnerabilidade são conceitos inerentes à existência singular de cada ser humano. A fragilidade está relacionada com a possibilidade de enfraquecer ou perder algo importante, como por exemplo a saúde e as capacidades intelectuais (Renaud, 2005). A vulnerabilidade resulta, da diminuta ou avançada idade (crianças ou idosos), do estado de saúde ou do tipo, grau e duração da vitimização resultar em lesões com consequências graves no equilíbrio psicológico ou nas condições da integração social (lei nº 112/2009, no Artigo 2º, alínea b), p. 6550).

Na opinião de Lage (2002) o envelhecimento é considerado um processo contínuo e irreversível, trazendo consigo um conjunto de perdas e fragilidades, físicas e psíquicas, vulnerabilidades sociais, que nesta fase da vida ganham uma maior

importância. Nesta perspectiva, a velhice tem uma “forte relação com perdas, doenças, desprestígio social, isolamento e sentimento de inutilidade” (Porto e Koller, 2008, p. 1) e todas estas manifestações informam a violência que invade a vida das pessoas idosas (Porto e Koller, 2008).

A Direcção Geral da Saúde, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) recomenda uma atenção especial às mais frágeis e vulneráveis e cita Winograd (1983) para as caracterizar como pessoas idosas com elevado risco de desequilíbrio e aparecimento de uma nova patologia. Segundo este autor, os critérios de fragilidade são: idade igual ou superior a 65 anos, acidente vascular cerebral, doença crónica ou incapacitante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, úlceras por pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, défices sensoriais de visão e audição, problemas socioeconómicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses. Estes critérios de fragilidade são preditivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização.

A dependência aumenta proporcionalmente com a vulnerabilidade e a fragilidade da pessoa idosa, o que terá implicações na sobrecarga física e emocional do cuidador, que em situações adversas, provocam stress e risco do idoso ser vítima de negligência, abandono, abuso financeiro e físico (Renaud, 1997 e Souza, Meira, Neri, Silva e Gonçalves, 2004).

Também na opinião de Pires (2009), o isolamento e a solidão, aliada à progressiva dependência, declínio da autonomia, debilidade física e emocional e à precariedade económica, expõe as pessoas idosas vulneráveis a situações de constrangimento social, sobretudo na sua relação com os seus familiares e pessoas significativas, que por vezes não as respeitam nas suas vontades, acabando por as maltratar física e verbalmente.

Os maus tratos na pessoa idosa é um fenómeno social que tende a aumentar a medida que aumenta o índice de dependência e a longevidade da população idosa.

### 3. DISCRIMINAÇÃO SOCIAL

A cada dia que passa, a pessoa idosa é vista como um peso, por serem pessoas dependentes, quer pela sua idade, quer pela sua exclusão da esfera produtiva. Todos estes sentimentos e estereótipos negativos tornam-se num substrato que potenciam os comportamentos abusivos praticados contra as pessoas idosas (Dias, 2004).

Não deixa de ser curioso e absurdo, a situação social dos nossos idosos na sociedade. Se, por um lado, conseguiu-se uma vitória notável sobre o aumento da esperança média de vida, por outro lado, os idosos, são cada vez mais, alvo de depreciação e de exclusão social, assim sendo, nos dias de hoje, viver mais anos significa viver sob ameaça de um risco social (Dias, 1998).

Muitos dos estereótipos que existem sobre a velhice deriva de falsos pressupostos sobre a idade sociocultural. Para muitos a velhice corresponde a uma “segunda infância”, carregada de infantilização, dependência e diminuta responsabilidade individual, conduzindo a uma inevitável exclusão do estatuto social. Esta postura traduz-se em estereótipos negativos que influenciam o nosso modo de convívio interpessoal. Na verdade, a pessoa idosa à medida que envelhece, já olha para si mesma e vê-se reflectida por uma imagem estereotipada (Fonseca, 2006).

Na actualidade, vive-se numa sociedade em que o desejo de uma criança ou adolescente é a de ser um adulto com profissão, trabalhando e ganhando dinheiro. Evita pensar que um dia poderá envelhecer, pois já interiorizou que a velhice é algo negativo (Zimerman, 2000). Mas o problema é que este pensamento não só ocorre pela mente dos mais jovens, mas também na própria pessoa idosa, a qual se auto discrimina, sentindo-se numa pessoa inútil à sociedade (Zimerman, 2000 e Fonseca, 2006).

A discriminação social com base na idade da pessoa constitui um dos novos problemas de ordem social (Alves e Novo, 2006). Este fenómeno social também conhecido por idadismo, tem origem no seio da família, na forma como os mais velhos vão sendo “codificados”, pelos familiares mais novos, equiparados a um modelo de funcionamento assente na solidão, na inutilidade, na dependência e em diminuições de várias ordens, negando quase a existência de idosos saudáveis (Fonseca, 2006). Paradoxalmente, como nos refere Nelson (2005), até as pessoas que têm uma atitude positiva perante as pessoas idosas, por vezes, sem se aperceberem, comunicam com elas através de uma linguagem infantilizada e paternalista, este tipo de linguagem

está intrinsecamente vinculada a estereótipos negativos, provocando um efeito negativo na auto-estima da pessoa idosa.

Para fundamentar este fenómeno social, Couto *et al* (2009) recorrem à Teoria da Modernização proposta por Cuddy e Fiske (2002) e à Teoria da Identidade Social apresentada por Tajfel e Turner (1979).

A Teoria da Modernização fundamenta-se na desvalorização do status social da pessoa idosa, devida à transição da sociedade agrária para uma sociedade moderna e industrial e, inclui factores, tais como: o aumento da esperança média de vida e a instituição da reforma, diminuindo o poder monetário desta franja populacional; os progressos tecnológicos que permitiram uma nova oferta de trabalho para a qual os idosos não estavam qualificadamente preparados, ficando excluídos do mercado de trabalho; os jovens saíram de suas casas à procura de uma melhor qualidade vida, o que debilitou os laços familiares, nomeadamente entre os avós e netos; e, por último, a transmissão de saberes e da cultura ficou a cargo da educação, deixando uma vez mais a pessoa idosa à margem da sociedade.

A Teoria da Identidade Social, considera a tendência das pessoas assumirem uma imagem positiva do grupo a que pertencem, sendo este constituído por pessoas da mesma faixa etária, ou seja, o grupo procura atingir uma auto-identidade positiva distinguindo-se positivamente e valorizando-se em relação aos membros de outros grupos (por exemplo: grupos constituídos por pessoas idosas).

Nesta linha de pensamento, surge o conceito ageísmo, que na opinião de Vergueiro e Lima (2010) citando Butler (1995) refere-se, além da discriminação social contra as pessoas devido a sua idade, também a um processo de estereotipagem. Este termo foi utilizado pela primeira vez por Robert Butler no ano 1969 (Minichiello, Browne e Kendig, 2000), que o descreveu como uma forma de intolerância relacionada com a idade da pessoa. Posteriormente, Palmore (2004) o definiu como um forte preconceito e discriminação contra as pessoas idosas, considerando-o o terceiro grande ismo das sociedades ocidentais, após o racismo e o sexismo (Couto, Koller, Novo e Soares, 2009). O termo ageísmo é uma denominação anglo-saxónica para a discriminação social de pessoas em razão da idade e que, na língua portuguesa, poderá ser traduzido por idadismo (Alves e Novo, 2006).

O ageísmo pode tornar-se num factor contextual de risco para a ocorrência de maus tratos contra as pessoas idosas. Vergueiro e Lima (2010) num estudo de investigação subordinado ao tema “O ageísmo e os maus tratos contra a pessoa idosa”, estudaram a existência de indícios de abuso e de comportamentos discriminatórios num grupo de pessoas idosas da comunidade, os quais já tinham sido vítimas e a sua perspectiva face ao envelhecimento. Em traços gerais, os

investigadores concluíram existirem comportamentos discriminatórios correlacionados quer com os indícios de abusos, quer com o decréscimo de algumas características ao longo do processo de envelhecimento.

Efectivamente, o processo de envelhecimento será afectado pela presença de estereótipos negativos, de preconceitos e de discriminação (Couto *et al*, 2009), por este motivo, Alves e Novo (2006) defendem condições normais de desenvolvimento deste processo natural da vida humana, de protecção e respeito pela dignidade e individualidade da pessoa idosa, tal como se defende para outras faixas etárias.

Parecer eternamente jovem assumiu um valor espiritual, material e simbólico inestimável (Dias, 2005). A nossa cultura valoriza os símbolos da juventude, por esta razão, a pessoa idosa é permeada por comportamentos, atitudes e preconceitos negativos, cometidos pelas pessoas mais novas, quer seja, nas relações estabelecidas entre a pessoa idosa e o mais jovem, ou divulgadas pelos meios de comunicação, reduzindo-a a uma fase de declínio e de perdas (Alves e Novo, 2006). Este fenómeno social despertou nos investigadores, uma inquietação e uma necessidade de interpelar, quando estes assistem a uma degradação da imagem da pessoa idosa, provocada pela ânsia de uma juventude perene, que hipotecam o nosso futuro.

Na II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento em Madrid, no ano 2002, os governos responsabilizaram-se, pela promoção da democracia, do reforço do estado de direito, da promoção na igualdade entre os sexos, na absoluta protecção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, como também pela eliminação de todas as formas de discriminação, designadamente a discriminação com base na idade. Quanto a este último conceito, as pessoas quando envelhecem, deverão ter oportunidades de realização pessoal, de viver saudavelmente e com segurança, e ainda, de participar activamente na vida económica, social, cultural e política.

Fonseca (2006), alude a uma reflexão sobre o idadismo no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia, realizado em Junho de 2005, no Rio de Janeiro, em que associa este conceito a situações de maus tratos, negligência e incúria nas pessoas idosas, assinalando as ofensas, as quais afectam nomeadamente os idosos com problemas de comunicação e/ou compreensão, ou ainda, situações de discriminação grave ocultas, especialmente quando se está perante idosos com saúde mental deteriorada.

O Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002) considera a discriminação da pessoa idosa como uma violação dos direitos humanos. Os estereótipos negativos traduzem uma falta de preocupação social, risco de

marginalização, privação de igualdade de acesso a oportunidades, privação de recursos e direitos das pessoas idosas. Os valores culturais relativos a idade e género influenciam o grau de discriminação que sofrem as pessoas idosas, quer seja na vida social, como económica, política e comunitária.

São considerados comportamentos discriminatórios: a utilização de uma linguagem infantil, interceptar a pessoa idosa na tomada das suas próprias decisões, negligenciá-la e perpetrar maus tratos contra a mesma. (Observatório de Personas Mayores, 2009).

Bernal e Gutiérrez (2005), alertam para o facto de que a discriminação face às pessoas idosas verifica-se em diversos contextos, logo será um paradoxo acreditar num cenário em que o risco de aparecimento dos maus tratos nas pessoas idosas seja nulo ou com tendência a aproximar-se do zero. Por esta razão, deve-se apostar numa promoção de atitudes sociais positivas que minimizem o risco e cultivem um clima contra os maus tratos nas pessoas idosas e neste sentido, os meios de comunicação social devem tomar a iniciativa de divulgar uma imagem positiva do envelhecimento, de forma a reduzir e até mesmo eliminar os estereótipos negativos e a discriminação social existente contra a pessoa idosa (Kalache e Perel, 2002).

## **CAPÍTULO II – MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA**

A figura social e cultural da velhice tem sofrido mutações ao longo das várias épocas sócio-históricas (Dias, 2005). Sabe-se que, muitas das práticas abusivas contra os mais vulneráveis perpetradas nos dias de hoje, têm a sua origem nos nossos antepassados, que trazem consigo valores e crenças que foram sendo transmitidos de geração em geração (Magalhães, 2010). Embora haja, uma maior consciência social e de cidadania quanto aos Direitos do Homem, a violência perdura e com repercussões graves a nível familiar, social, económico, político e cultural. Estas são questões complexas e graves, que encerram dinâmicas específicas, com relevantes prejuízos para a saúde física e psicológica das vítimas (Magalhães, 2010).

Os maus tratos nas pessoas idosas, foram descritos pela primeira vez em 1975, por Burston, na *British Medical Journal*. De imediato, este artigo despertou grande interesse nos Estados Unidos e foi considerado como uma questão social e política de grande relevância (OMS e INPEA, 2002). Na década de 1980, Austrália, Canadá, China (Hong Kong SAR – Região Administrativa Especial), Estados Unidos, Noruega e Suécia, difundiram estudos científicos e aplicaram medidas governamentais. Na década seguinte, o mesmo aconteceu com África do Sul, Argentina, Brasil, Chile, Índia, Israel, Japão, Reino Unido e outros países europeus. A nível mundial, revela-se uma crescente atenção pelos maus tratos na pessoa idosa, equiparando-se ao interesse dedicado aos direitos humanos, igualdade de géneros e ao envelhecimento da população.

Também Portugal não é excepção, já estão a surgir estudos de investigação, a legislação revela alguma preocupação neste sentido, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) começa a direccionar esta problemática para a pessoa idosa. Porém os maus tratos nas pessoas idosas é considerado um fenómeno ainda mais invisível do que os maus tratos cometidos contra as crianças e a violência sobre as mulheres (Dias, 2009).

No sentido de se compreender melhor a complexidade deste fenómeno, começa-se por distinguir a agressão do mau trato, considerando-se que na agressão a violência é pontual, e no mau trato a violência é o que define a relação interpessoal e que se mantém no tempo (Goicoechea, 2009).

A violência não é um acontecimento simples nem único. Há múltiplas formas de violência que incluem fenómenos e realidades muito distintas entre si. A violência acontece num contexto, que se auto-alimenta, produzindo um contínuo de formas de violência que vão desde as mais leves agressões até as mais severas formas de mau trato (Goicoechea, 2009).

No relatório mundial sobre violência e saúde, Dahlberg e Krug (2002), definem violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (p.5). O “uso intencional da força” e do “poder” amplificam a natureza de uma acção violenta e aprofundam o seu entendimento, de maneira a incluir os actos que resultam de uma relação de poder, como por exemplo, as ameaças e intimidações. O “uso do poder” também indica negligência ou actos de omissão, além da perpetração da violência.

A violência acarreta uma série de consequências além de produzir lesões ou morte, também oprime as vítimas, as suas famílias, a comunidade e os sistemas de saúde. Portanto, revelar o impacto unicamente em termos de lesão ou morte limitará a compreensão deste fenómeno.

A intencionalidade é um conceito complexo, pois pode existir uma grande diferença entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida, ou seja, a intenção de ter cometido determinado acto, não significa necessariamente a intenção de causar determinado dano. Nesta linha de pensamento, “a violência é o resultado da complexa interacção de factores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais” (Dahlberg e Krug, 2002, p. 12).

A concepção de “violência doméstica” é na maioria das vezes usada quando a violência é cometida pelo marido ou companheiro contra a mulher, enquanto o termo “maus tratos” é utilizado no contexto da violência cometida contra crianças ou idosos. Nas últimas alterações do Código Penal (2009), os conceitos de “violência doméstica” e “maus tratos” utilizam-se para reconhecer dois tipos legais de crime, nos quais o bem jurídico protegido é a saúde, nas suas vertentes física, psíquica e mental, enraizada na dignidade da pessoa humana. No caso de violência doméstica, incriminam-se comportamentos que acontecem numa relação familiar ou equiparada; já nos maus tratos, incriminam-se atitudes praticadas em meio institucional ou num contexto de uma relação de cuidado, conforme consta no artigo nº 152

### *Maus tratos*

*1 — 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 de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:*

*a) Lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente;*

*b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou*

*c) 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.*

*2 — Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:*

*a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;*

*b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.*

Tais actos são criminalmente punidos pela repetição, pois destituem a vítima dos seus direitos e liberdades perturbando, de forma concreta ou potencial, a curto ou a médio prazo, a sua integridade psicológica, física e/ou sexual, a sua qualidade de vida e a sua dignidade, originando, frequentemente, doenças psicossomáticas, psiquiátricas ou mesmo a morte. (Magalhães, 2010).

Magalhães (2010), utiliza também o conceito de abuso, porque de um modo mais abrangente, define qualquer comportamento adoptado por uma pessoa para dominar e controlar a outra, num contexto de uma relação de proximidade e confiança, sejam familiares ou não, na qual existe uma situação de dependência a nível afectivo, económico e/ou físico, vulnerabilidade e submissão da vítima face ao abusador.

A ambiguidade subsequente na definição do termo “maus tratos” parece ser resultado, da diferença de valores, atitudes e crenças individuais ou de um grupo de investigadores; da perspectiva do conceito pelos profissionais de saúde e da própria pessoa idosa; da desvalorização da sociedade, das instituições e dos profissionais, em reconhecer os maus tratos como um problema social de grande relevância e, por último; da ausência de momentos de discussão e cooperação entre os diferentes organismos de profissionais que trabalham com pessoas idosas (Rojo, 2004, citando Papadopoulos e La Fontaine, 2000).

O conceito de violência contra as pessoas idosas persiste em ser alvo de grande polémica, este conceito já conheceu várias terminologias, tais como: “granny-battering” ou “granny bashing”, “elder abuse”, “elder neglect”, “elder mistreatment”, “inadequate care”, “miscare”, “abuso al mayor”, “maltrato al mayor”, “maus tratos no idoso”, “maus-tratos às pessoas idosas”, “violência contra as pessoas idosas” e “abuso contra as pessoas idosas”.

Na perspectiva de Hudson (1991) referenciado por Dias (2004), “elder mistreatment” é uma conduta destrutiva contra a pessoa idosa, que acontece num contexto de relações de confiança e cuja frequência provoca sofrimento físico, psicológico e/ou violação dos direitos humanos. Por sua vez, “elder abuse” também é percebida por uma atitude agressiva ou invasiva infligida a uma pessoa idosa, provocando-lhe também sofrimento. Ainda que diferentes, todos estes conceitos referem a inexistência, a carência ou a fraca qualidade dos cuidados básicos indispensáveis ao bem-estar da pessoa idosa (Dias, 2004).

Tendo em consideração as variadas razões subjacentes ao conceito de maus tratos, a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso no Idoso (INPEA, 1995), definiu-o como “qualquer acto único ou repetido ou a falta de medidas apropriadas que se produz dentro de qualquer relação onde existe uma expectativa de confiança que causa dano ou angustia na pessoa idosa” (citado por Rojo, 2007, p. 3). É de sublinhar o parecer do Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002), onde consta que nos últimos vinte anos, esta definição tem vindo a ganhar importância no âmbito da investigação.

Tal definição também foi reconhecida pela OMS (2002) e adoptada na *Declaração de Toronto Para a Prevenção Global do Mau Trato a Pessoas Idosas*, que apenas acrescentou a esta definição, os diferentes tipos de maus tratos: “físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro ou simplesmente reflectir um acto de negligência intencional ou por omissão” (p.332).

Rojo (2007) complementou com a definição proposta pela Associação Médica (1987), na qual consta que

*“O mau trato implica uma acção ou omissão que tem como resultado um dano ou uma ameaça de dano a saúde ou o bem-estar de uma pessoa idosa. O mau trato inclui o causar dano intencional físico ou mental; o abuso sexual; ou a negação da comida necessária, roupa ou cuidado médico para cobrir as necessidades físicas e mentais necessárias de uma pessoa idosa por parte de uma pessoa que tem a responsabilidade do cuidado ou a custódia de uma pessoa idosa”* (p. 4-5).

O Conselho de Europa (2002), também deu o seu parecer quanto à definição de mau trato na pessoa idosa, considerando então, “todo o acto ou omissão cometido contra uma pessoa idosa, no quadro da vida familiar ou institucional e que atenta contra a sua vida, a segurança económica, a integridade física e psíquica, a sua liberdade ou que comprometa, gravemente, o desenvolvimento da sua personalidade” (citado por Dias, 2009, p. 7).

De acordo com Wolf e Pillemer (1989), no domínio da definição dos maus tratos às pessoas idosas, impera a diversidade, quer seja no domínio científico como legal. Apesar das subtilezas conceptuais, todas mencionam a conduta destrutiva, a qual ocorre num clima de confiança e cuja frequência, única ou regular, não só gera sofrimento físico, psicológico e emocional, como também retrata uma grave violação dos direitos humanos (Dias, 2005).

Na Declaração de Toronto para a prevenção global do mau trato nas pessoas idosas (2002), através de dados obtidos pela investigação realizada, consta que a prevalência dos maus tratos ao idoso, quer seja no mundo desenvolvido como em desenvolvimento, é frequente o agressor só ser conhecido pela vítima, muito embora seja no contexto familiar e/ou na unidade em que se prestam os cuidados, onde ocorrem a maioria de casos de maus tratos.

Nesta linha de pensamento, Kalache e Perel (2002) asseguram que os maus tratos nas pessoas idosas acontecem nas famílias de todos os níveis socioeconómicos, embora seja mais frequente nas comunidades que se encontram numa situação de crise económica ou instabilidade social.

As dificuldades que o dia a dia impõe às famílias, a escassez do tempo que dispõem para os seus idosos, mergulhados inevitavelmente numa sobrecarga física e emocional, fazem com que derrapem irreflectidamente nas palavras e nos comportamentos, expondo o idoso a uma situação de instabilidade relacional e afectiva (Karli, 2008). Quando o idoso apresenta um nível de dependência elevado, o apoio afectivo tende a diminuir e, acrescentando a este factor, a pobreza, o baixo grau educacional e as transformações nas relações, valores e costumes familiares, todos estes fenómenos farão com que se proporcionem situações de risco que comprometerão a segurança da pessoa idosa, ou seja, estes factores tendem a ser preditivos de maus tratos, abandono e isolamento das pessoas idosas (Silva e Neri, 1993).

Convém lembrar, que a institucionalização surge como uma resposta em ascensão, mas, na maioria das vezes, o ambiente institucional oferece um serviço rotineiro e impessoal privando a pessoa idosa do vínculo afectivo de que necessita e, a situação agrava-se quando os cuidados que lhe são prestados ressoam atitudes de antipatia, repulsa ou hostilidade, além do sofrimento de separação do seu meio familiar ou abandono, nesta situação a pessoa idosa angustia-se pelo mau trato e desrespeito pela sua integridade física e psicológica a que se encontra submetida (Cardão, 2009). Por esta razão, há que investir na qualidade das instituições, para que reúnam condições potenciadoras de desenvolvimento de um ambiente humano e espacial que reconheçam a dignidade do idoso enquanto pessoa (Cardão, 2009).

Os maus tratos nas pessoas idosas são uma realidade, mas ainda é pouco conhecida a magnitude deste fenómeno.

O facto da incidência dos maus tratos ser dificilmente determinada, deve-se, por um lado, ao elevado número de casos acontecer no meio familiar, e por isso de baixa visibilidade dado o silêncio das vítimas que ocultam o abuso, por outro lado, a aceitação social ainda verificada relativamente a muitos tipos de situações (Magalhães 2010). Na verdade, a crença de que a família é uma instituição segura tem vindo a ser quebrada pelo conhecimento, cada vez mais frequente, destes vários incidentes familiares violentos.

No relatório mundial sobre violência e saúde, os números referentes à mortalidade podem fornecer um indício do impacto da violência letal numa determinada comunidade, porém, estes números referem-se apenas a um dos tipos de dados para descrever a magnitude do problema. Pois, na opinião de Dahlberg e Krug (2002), a violência não letal é muito maior que a violência letal, logo será necessário outro tipo de dados para monitorizar a violência. Como por exemplo:

- “- Dados sobre doenças, lesões e outros problemas de saúde;*
- Dados auto-relatados sobre atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais, vitimização e exposição à violência;*
- Dados comunitários relativos a características da população e níveis de renda, educação e desemprego;*
- Dados criminais relativos a características e circunstâncias de eventos violentos e de criminosos violentos;*
- Dados económicos relativos aos custos de tratamentos e serviços sociais;*
- Dados que descrevem a carga económica sobre os sistemas de assistência à saúde e as possíveis economias resultantes dos programas de prevenção;*
- Dados sobre política e legislação” (pp. 7-8).*

Os estudos de Podnieks (1992) no Canadá e de Ogg e Bennet (1992) no Reino Unido, estimam que a prevalência para todos os tipos de maus tratos na pessoa idosa situa-se entre 4% a 6% (OMS e INPEA, 2002).

No estudo National Elder Abuse Incidence Study (1998), revela que 48,7% dos idosos americanos sofrem de negligência; seguida do abuso emocional/psicológico com 35,5%; o abuso financeiro ou material com a percentagem de 30,2% e o abuso físico com 25,6%. Os filhos, os principais agentes de maus tratos representam 47,3% dos incidentes relatados, seguidos dos cônjuges com 19,3%, outros familiares com 8,8% e os netos assumem uma percentagem de 8%. Conclui-se, assim, que cerca de 90% de incidentes de abuso e negligência devem-se a um familiar. Destes, 2/3 são filhos ou cônjuges.

O estudo de Vilarasau (2000) citado por Karli (2008), concluiu que 5% das pessoas idosas francesas, com 65 e mais anos, são vítimas de maus tratos, das quais 96% encontram-se num estado de dependência. Já o estudo de Tang e Yan (2001) acerca do tipo de maus tratos, citado por Marmolejo (2008), realizado na China (Hong Kong) com uma amostra de 355 pessoas com mais de 60 anos, revelou já terem sofrido de abuso físico 2% dos idosos, de abuso psíquico 20,8% e 17,1% dos idosos foram submetidos a mais de um tipo de maus tratos.

O Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002), divulgou os resultados obtidos em estudos efectuados na Austrália, Canadá, Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, os quais evidenciaram o abandono das pessoas idosas entre 3% a 10%. No Canadá, o abandono é o tipo de mau trato mais frequente nos contextos comunitários e domésticos (55% dos casos denunciados corresponde ao abandono, 15% ao mau trato físico e 12% à exploração económica).

No respeitante às pessoas idosas institucionalizadas, aquele Conselho referencia um estudo realizado nos Estados Unidos, cuja análise dos maus tratos reportou-se a doze meses. Este estudo identificou 40% de abuso verbal e 10% de maus tratos físicos, contudo, 36% dos enfermeiros foram testemunhas de um incidente de maus tratos físicos e 81% observou actos de maus tratos psicológicos.

Na Região Autónoma da Madeira foi efectuado um estudo por Freitas *et al* (2003) com o objectivo de conhecer a frequência dos maus tratos nos lares madeirenses, cuja amostra totalizou 349 idosos. Este estudo concluiu já terem sofrido de agressões verbais 9,5% dos idosos e terem sido ameaçados 3,7%. No que diz respeito a dinheiro e bens, 8,6% foram desapropriados. Foram identificados 13,5% de idosos com higiene pessoal insatisfatória, 8,3% com necessidade de próteses dentárias ou óculos e não eram administrados medicamentos a 6,9%. Outras conclusões do estudo foram obtidas a 50,7% da amostra em estudo devido a critérios de exclusão definidos pelos autores. Destes, 4,1% consideram que muitas vezes não foram ajudados quando necessitavam, 2% foram tocados várias vezes sem o seu consentimento, 11% foram obrigados, às vezes, a fazerem coisas que não queriam e 7,5% às vezes têm medo de alguém que vive na sua casa. De salientar, que 65,1% dos idosos sentem-se satisfeitos com a sua vida familiar.

De acordo com o Relatório do Provedor da Justiça (2002), a *linha do cidadão idoso*, conforme informa Alves (2004), recebeu um total de 3273 chamadas telefónicas, destas, 132 chamadas foram devidas a situações de abandono e 105 por motivos de solidão.

Os estudos realizados nos países em desenvolvimento, embora de pequena escala, corroboram os resultados obtidos nos países desenvolvidos, os quais

evidenciam a predominância cada vez mais elevada de maus tratos aos idosos, particularmente o abandono e a exploração económica (OMS e INPEA, 2002).

O número de mortes provocadas por violência, o número de idosos internados por lesões e envenenamentos, e os maus tratos aos idosos são superiores à realidade conhecida (Minayo, 2003). Neste sentido, como afirma a OMS e a INPEA (2002), a prevalência dos maus tratos na pessoa idosa é de uma magnitude maior, relativamente à prevalência que a sociedade quer aprovar.

## 1. TEORIAS EXPLICATIVAS

Face à natureza e complexidade da problemática dos maus tratos, ainda não existe consenso nas teorias explicativas.

De um modo geral, a qualidade das relações entre pais e filhos e a qualidade das relações conjugais entre casais idosos são considerados factores que condicionam a segurança da pessoa idosa. Neste sentido, a condição de saúde dos pais idosos, o grau de dependência recíproca entre pais idosos e filhos adultos, o grau de satisfação no desempenho dos respectivos papéis e a diferença nos estatutos entre pais idosos e filhos adultos, determinarão a qualidade das relações entre pais e filhos. No que se refere à qualidade da relação conjugal entre um casal idoso, esta dependerá do bem-estar psicológico do casal, da satisfação no desempenho dos respectivos papéis na família, nas mudanças de estatuto e na partilha de valores (Dias, 2004 citando Pillemer e Sutor, 1988). A este propósito, também importa referir, o papel importante das estruturas sociais e das organizações no contributo das desigualdades sociais que afectam as pessoas idosas.

Wolf e Pillemer (1989) identificaram cinco perspectivas teóricas que facultam alguma previsibilidade sobre a eventualidade da pessoa idosa vir a ser vítima de maus tratos, a saber: as dinâmicas intraindividuais; a transmissão intergeracional do comportamento violento; as relações de troca e dependência entre o idoso e o agressor, o stress externo e, por fim, o isolamento social.

A *teoria das dinâmicas intraindividuais*, esta teoria faz referência a factores dos cuidadores da pessoa idosa, colocando-a em situação de risco acrescido de ser vítima de maus tratos. Nos estudos desenvolvidos, concluíram que factores como as doenças psicopatológicas e/ou consumo de bebidas alcoólicas e/ou drogas alteram o comportamento humano dos cuidadores (Wolf e Pillemer, 1989). Gelles (1987) referenciado por Dias (2004), faz alusão a factores da estrutura social, como a sobrecarga financeira, e o desemprego, como determinantes para a ocorrência dos maus tratos nas pessoas idosas.

A *teoria da transmissão intergeracional do comportamento violento*, explica que certas experiências de vida da infância podem reproduzir-se mais tarde, ou seja, esta teoria defende que as pessoas que cometem abusos sobre os seus idosos viveram em contextos familiares violentos. Nesta linha de pensamento, o indivíduo que foi vítima de violência durante a sua infância, tendo sido agredido na sua integridade física e moral; o testemunho de ter vivido num ambiente, onde os seus

familiares idosos foram vítimas de maus tratos pelos seus descendentes, poderá conduzir a uma aprendizagem de condutas abusivas e verosimilmente à sua reprodução (Dias, 2004). Contudo, esta conjectura ainda não foi comprovada e, sabe-se que este ciclo de violência nem sempre se reproduz, como prova disto, existem numerosos casos, em que as pessoas adultas que sofreram de maus tratos infantis ou foram testemunhas de casos de violência perpetrados contra os mais velhos, não reproduzem esse comportamento abusivo contra as pessoas que têm a seu cuidado (Wolf e Pillemer, 1989).

Já a *teoria das relações de troca e dependência entre o idoso e o agressor*, defende a existência de uma recíproca dependência entre a pessoa idosa (que necessita de cuidados básicos) e alguns membros da família (que lhe prestam esses cuidados), os quais, por sua vez, dependem do fundo monetário da pessoa idosa. Esta reciprocidade vulnerabiliza a pessoa idosa e sujeita-a a um risco acrescido de vir a ser vítima de maus tratos (Wolf e Pillemer, 1989). Para estes autores, os perpetradores de maus tratos nas pessoas idosas são mais dependentes destas, do que as pessoas idosas em relação aos seus agressores. Desta reciprocidade, resulta então, uma relação de troca desequilibrada, na qual a pessoa idosa tem a percepção de que dá muito e recebe pouco, relativamente aos cuidados de que necessita.

Todavia, não só a dependência do cuidador da pessoa idosa constitui um factor de risco para a ocorrência de maus tratos, mas também, a dependência da pessoa idosa do cuidador, sendo que esta última, como afirma Steinmetz (1993), referenciado por Dias (2004), suporta uma sobrecarga física e psicológica que a fragiliza, constituindo um factor de risco acrescido para a pessoa idosa.

A *teoria do stress* externo, reporta-se ao stress experimentado pelos cuidadores de pessoas idosas, devido a factores externos, nomeadamente variáveis estruturais, como o desemprego, o divórcio, as condições económicas precárias, ou seja, factores não relacionados com a pessoa idosa, mas de igual modo, podem estar na origem de comportamentos violentos do cuidador (Wolf e Pillemer, 1989).

Uma outra teoria, diz respeito à *teoria do isolamento social*, na qual a pessoa idosa isolada, sem contactos sociais, está mais vulnerável ao mau trato, por esta razão é imprescindível a existência de uma rede de apoio familiar e comunitário como uma estratégia inibidora de comportamentos abusivos de que as pessoas idosas são vítimas (Wolf e Pillemer, 1989).

Tendo por base as desigualdades sociais (anteriormente referidas), investigadores do Instituto de Idosos e Serviços Sociais (Rojo, 2006), desenvolveram outras explicações teóricas para as situações de maus tratos aos idosos, tais como: a teoria da economia crítica e da economia política do envelhecimento; a teoria

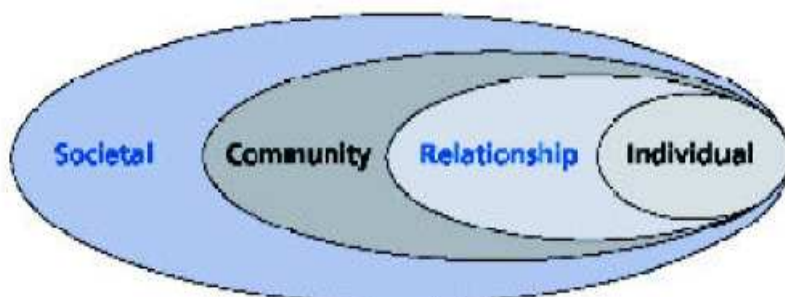
feminista e uma outra perspectiva teórica, embora mais abrangente, relativa ao modelo ecológico.

A *teoria da economia crítica e da economia política do envelhecimento*, defende que muitos dos problemas que afectam as pessoas idosas referem-se a desigualdades sociais, as quais podem restringir os papéis e recursos das pessoas idosas (por exemplo: a imposição da entrada na reforma, a pensão invés do salário; a institucionalização, a limitação no desempenho de funções na sociedade). Alguns autores referem-se à pobreza, ao status de dependência relacionado com a velhice e à desvalorização da pessoa idosa na sociedade, conseqüentes das várias políticas sociais (Rojo, 2006, citando Papadopoulos e La Fontaine, 2000).

A perspectiva da *teoria feminista*, com base nos autores supracitados, explica o mau trato em função do desequilíbrio de poder nas relações, na qual a mulher idosa assume um papel de submissão inerente a sua fragilidade emocional que está enraizada culturalmente, perante o seu conjugue ou outros membros da família ou comunidade.

O *modelo ecológico*, explora de forma ampla a complexidade inerente aos maus tratos, tal como se pode visualizar na figura 4, foi introduzido pela primeira vez no final da década de 1970, mas, só recentemente, utilizado para compreender a natureza multifacetada dos maus tratos na pessoa idosa (Dahlberg e Krug, 2002). Este modelo “explora a relação entre factores individuais e contextuais e considera a violência como o resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento” (Dahlberg e Krug, 2002, p. 12).

Figura 4 - Modelo Ecológico para compreender a violência



Fonte: Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS (2002).

O primeiro nível deste modelo ecológico – *individual* – foca características da pessoa que aumentam a probabilidade de ela ser uma vítima ou um perpetrador da violência, ou seja, este nível procura identificar factores históricos (biológicos e pessoais) intrínsecos à pessoa. Outras características que podem influenciar o

comportamento da vítima ou do perpetrador da violência são: a impulsividade, o baixo rendimento escolar, o abuso de substâncias (álcool, drogas) e, antecedentes de agressão e abuso.

O segundo nível – *relacional* – explica que as relações sociais próximas, sejam com companheiros ou parceiros íntimos ou membros da família, as quais implicam uma interacção de convivência próxima, aumentam a possibilidade de vitimização violenta e perpetração da violência. Os companheiros, parceiros íntimos e membros da família que assumem um papel de agressores moldam o comportamento da vítima e a sua esfera de experiências.

Já o terceiro nível do modelo ecológico – *comunitário* – analisa cenários nos quais as pessoas poderão ser vítimas ou perpetradores da violência, tais como as escolas, os locais de trabalho e vizinhança. Em vários estudos, factores como a pobreza, o desemprego, o isolamento social, a deterioração física, a existência de tráfico de drogas, a heterogeneidade da população, contribuem para que as comunidades sofram de uma maior probabilidade de ocorrer actos de violência.

Por último, o quarto nível do modelo ecológico – *social* – explora os factores sociais que influenciam os índices de violência. Por exemplo: normas culturais defensoras da violência como uma forma admissível para solucionar conflitos; atitudes que reafirmam o poder masculino sobre as mulheres e crianças; e, políticas de saúde, educacionais, económicas e sociais que promovem níveis de desigualdade entre os grupos na sociedade.

Em suma, os quatro níveis do modelo ecológico identificam as múltiplas causas da violência nas diferentes fases da vida humana e a interacção dos factores de risco dentro da família e de contextos mais abrangentes, tais como o comunitário, o social, o cultural e o económico.

Na perspectiva de Rojo (2004) citando Johnson (1986) e Papadopoulos e La Fontaine (2000), faz referência a determinados critérios para a formulação da definição de maus tratos nas pessoas idosas. Concretamente, a definição intrínseca; seguindo-se a definição extrínseca real; procedendo-se à definição extrínseca operacional e, por último, a definição causal.

A primeira etapa, a definição *intrínseca*, muito embora ampla, envolve a conceptualização do termo maus tratos à pessoa idosa, ou seja, o sofrimento causado pela própria pessoa ou por outras. Refere-se a algum tipo de dor ou sofrimento, mas não tem em consideração quando e onde os maus tratos ocorreram, a intencionalidade e a causa. Nesta primeira etapa é avaliada a intensidade dos maus tratos, com base na frequência da dor e/ou angústia e a severidade e densidade das

manifestações, respeitantes ao número e diversidade das mesmas, compreende assim, a perspectiva da vítima e da pessoa que acomete o mau trato.

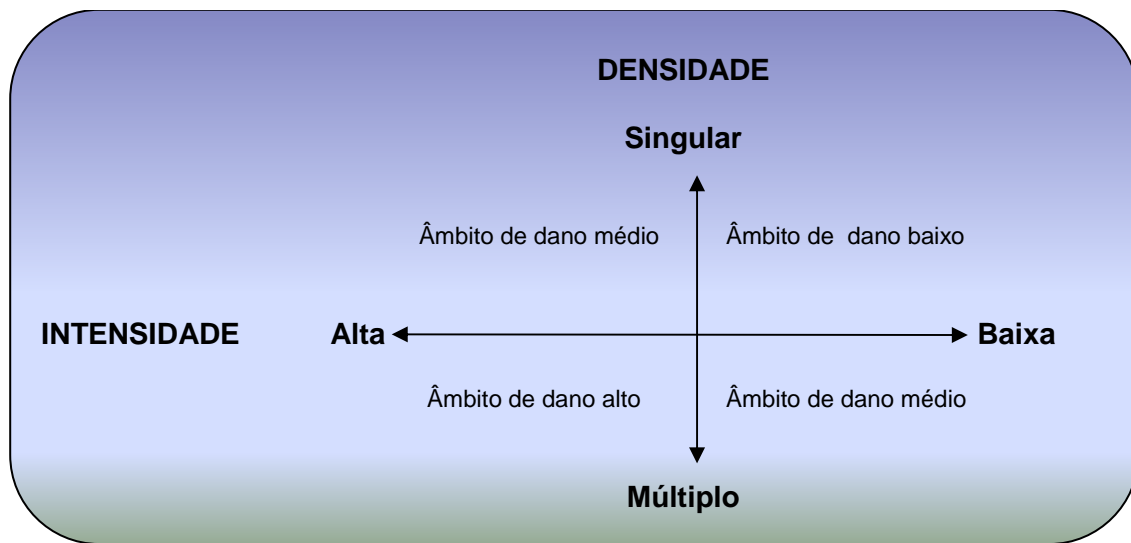
A definição *extrínseca real* traduz as manifestações presentes (físicas, psicológicas, sociológicas e legais), permitindo aos profissionais planear as estratégias de intervenção mais adequadas.

Em seguida, surge a definição *extrínseca operacional*, na qual as manifestações da etapa anterior são transformadas em unidades que podem ser medidas através da intensidade (grau, frequência e severidade do mau trato) e da densidade (número de diferentes tipos de maus tratos), o que permite a identificação da ocorrência ou não dos maus tratos e, por sua vez, a definição de estratégias de intervenção e a urgência com que são requeridas.

Uma última fase, a definição *causal*, distingue a intencionalidade e não intencionalidade, bem como, enquadra o mau trato, numa das quatro categorias: abuso activo; abuso passivo; negligência activa e negligência passiva. Nesta fase, as intervenções são dirigidas à causa do mau trato, formulando medidas passivas, na área da educação ou medidas concisas, como levar a cabo acções legais.

À luz do que foi descrito anteriormente surge o modelo de Johnson, representado por dois eixos, um relativamente à intensidade e outro à densidade (figura 5). A intensidade indica o grau, a frequência e a severidade da conduta, ao passo que a densidade reporta o número de diferentes formas de mau trato. Cada quadrante deste modelo referencia o grau de perigo, baixo, médio ou alto, da pessoa idosa vítima de mau trato (Rojo, 2004, citando Johnson, 1986; Papadopoulos e La Fontaine, 2000).

Figura 5 - Modelo de Johnson sobre a definição de Maus Tratos



Fonte: Papadopoulos e La Fontaine (2000), *in* Rojo (2004), "Dificultades para definir el maltrato a las personas mayores".

Como se pode constatar, os maus tratos são um fenómeno complexo, universal e transversal aos estratos sociais e géneros, que se traduzem numa carência absoluta de sentido de responsabilidade da sociedade em relação aos mais vulneráveis.

De acordo com Goicoechea (2009), os maus tratos não acontecem de um momento a outro, mas sim como consequência de uma série de vivências e factores implícitos na vida de cada pessoa, sendo então um processo contínuo que vai desde as formas mais subtis (aceite socialmente, pois á luz de uma cultura, pode não ser interpretado como um acto de mau trato), até as formas mais extremas.

Não é por acaso, que o corpo humano tem provocado um enorme fascínio nos investigadores pela sua aliciante complexidade. Por exemplo, na dimensão psíquica, todos os indivíduos possuem uma linha de ruptura, mas curiosamente o ser humano desenvolve mecanismos necessários para impedir a ruptura desta linha ou para sobreviver em caso de ruptura, esta capacidade é conhecida pelo conceito de resiliência, que se define pela resistência que opõe o psiquismo de uma pessoa para não haver ruptura pela força do sofrimento e a sua capacidade para curar o dano causado por esse sofrimento (Goicoechea, 2009).

Como explica a autora supramencionada, a pessoa recorre a recursos, que até então, ignorava a sua existência. Para Goicoechea (2009) é importante encontrar o sentido das opções da vítima para então entendê-la, compreendê-la e conhecê-la.

Em síntese, algumas teorias são de carácter individual, nas quais as causas da violência baseiam-se nas características individuais das pessoas ou nos afectos,

outras são as sócio-patológicas que norteiam a sua explicação com base na interacção da pessoa com a comunidade, na aprendizagem de condutas violentas. Alternativamente, as teorias socioculturais enfatizam a importância das estruturas sociais e das organizações institucionais no incremento da violência. Diferentes teorias explicam diferentes aspectos de um problema complexo e multidimensional, com excepção da teoria do modelo ecológico, que vai de encontro com a natureza multifacetada desta problemática.

Cientes de que estas perspectivas teóricas, por si só, não esgotam a explicação da complexidade que envolve este fenómeno, há que incutir nos investigadores um maior desenvolvimento teórico e empírico, de forma a alcançar uma melhor compreensão neste domínio.

## **2. FACTORES DE RISCO**

O homem é um ser social por excelência e para entender as suas atitudes, os seus comportamentos, a sua maneira de ser e de agir, é necessário entender como o indivíduo vive e experimenta as situações e os acontecimentos que imperam no seu ambiente social. Portanto, existem factores associados à personalidade, à socialização e à vida do indivíduo, que num determinado contexto sociocultural, viabilizam um comportamento violento como modo de expressão e ou de acção, face a uma determinada situação ou acontecimento (Karli, 2008).

Para Wolf e McCarthy (1991) referenciado por Dias (2004), são três os perfis, quer as pessoas idosas vítimas de maus tratos quer dos agressores, que as tornam vulneráveis ou potenciam, o mau trato. O primeiro perfil refere-se às vítimas de maus tratos físico e psicológico, as quais são, geralmente pessoas independentes nas suas actividades de vida diárias, mas com problemas emocionais, enquanto os agressores, são normalmente pessoas com antecedentes de alcoolismo e/ou doença mental, vivem com a vítima e dependem financeiramente desta. Um segundo perfil diz respeito às vítimas de negligência, na maioria das vezes pessoas com idade avançada, com incapacidade mental e física e que usufruem de insuficiente apoio social, as quais causam um efeito de grande desgaste e stress no cuidador. Quanto ao terceiro perfil reporta-se às vítimas de abuso material ou financeiro, o qual afecta as pessoas idosas solteiras e com limitados contactos sociais e redes de apoio. Neste perfil o agressor possui dificuldades financeiras e, por vezes, tem antecedentes de consumo de drogas e/ou álcool.

Nesta linha de pensamento, Dias (2004) citando Barnett, Perrin e Perrin (1997), confirma que os agressores têm uma relação de parentesco (cônjuges ou filhos, geralmente do sexo masculino), vivem com a vítima durante algum tempo e, normalmente, dependem financeiramente da vítima. As pessoas idosas mais vulneráveis aos maus tratos, pelo agravamento das suas faculdades funcionais, cognitivas e de mobilidade são nomeadamente as mulheres e os designados “grandes idosos” (Dias, 2004, citando Pagelow, 1984).

O estudo de Vinton (1992) citado por Dias (2004), concluiu que 58% dos sujeitos são os cônjuges, sendo que as mulheres idosas apresentam uma maior tendência a serem agredidas pelos maridos. Concluiu também que o mau trato cometido pelos filhos assumem a primeira posição.

Como nos diz Dias (2004) citando Vinton (1992), o mau trato é três vezes superior entre as pessoas idosas que vivem com outra pessoa relativamente às que vivem sós. Contrariamente, para Barnett, Perrin e Perrin (1997) referenciado por Dias (2004), as mulheres idosas que vivem sós constituem um factor de risco para serem maltratadas, particularmente por agressores isolados socialmente, dependentes de substâncias como o álcool e as drogas, com problemas com a justiça e desempregados.

Neste sentido Magalhães (2010), descreve alguns factores de risco referentes ao abusador, à vítima, ao contexto familiar e ao contexto sociocultural.

Relativamente ao abusador, o autor refere os seguintes factores de risco:

*“ser do género masculino e jovem; ser dependente de substâncias (e.g., álcool, drogas de abuso); ter doença física ou mental (e.g., depressão, burnout, perturbação da personalidade); ter personalidade imatura e impulsiva, baixo auto-controle e baixa tolerância às frustrações, apresentando grande vulnerabilidade ao stresse, baixa auto-estima, expectativas irrealistas e indiferença ou excessiva ansiedade face às responsabilidades perante a vítima; ter carências socioculturais e económicas, estando financeiramente dependente da vítima (...); estar desempregado ou, ao invés, ter uma vida social e/ou profissional muito intensa, que dificulte o estabelecimento de relações positivas com os membros da família; ter antecedentes de comportamentos desviantes; apresentar antecedentes pessoais ou familiares de abuso; não conseguir admitir que a vítima foi ou esteja a ser abusada, nem compreender quais as reais necessidades e eventual situação clínica daquela, sendo incapaz de lhe oferecer protecção; ser inexperiente em termos de prestação de cuidados “ (Magalhães, 2010, pp. 71-72).*

Quanto à vítima:

*“ser do género feminino; apresentar características de vulnerabilidade em termos de idade (...) e de necessidades (...); ter personalidade e temperamentos desajustados relativamente ao abusador; estar dependente do consumo de substâncias (e.g., álcool, medicamentos, drogas de abuso); ter doença física e/ou mental, ou deterioração cognitiva fisiológica (...); ter dependência física e emocional relativamente ao abusador; ter escassos recursos económicos, encontrando-se dependente do abusador; ter baixo nível educacional; habitar em precárias condições; estar socialmente isolada” (Magalhães, 2010, pp. 72-73).*

Também, há que ter em conta, certas características do contexto familiar, uma vez que constituem a causa de stress ou de tensão nos relacionamentos interpessoais. Assim, pode-se referir como factores de risco, o facto de se tratar de uma família desestruturada, ou seja, com relações disfuncionais ou a experienciar crises significativas; com problemas financeiros, socioeconómicos e habitacionais (sem encontrar apoio na família alargada, vizinhos ou amigos); ou ainda, quando o cuidador não é familiar da pessoa idosa (Magalhães, 2010).

Relativamente ao contexto sociocultural são considerados factores de risco, aqueles que apresentam uma atitude social negativa relativamente: ao papel, necessidades e direitos da pessoa idosa; ao papel e importância da família; ao papel e responsabilidades das instituições perante a perpetração de eventual abuso, bem como quanto à sua identificação e denúncia; ao reconhecimento e aceitação de ajuda de terceiros para cuidar das pessoas dependentes; como também questões referentes às políticas de saúde, de protecção social e de luta contra a pobreza, de educação e de justiça (Magalhães, 2010).

Por sua vez, resultados de investigações também apontam para a sobrecarga física e psicológica dos cuidadores como factores de risco, que tornam o idoso com dependência, nomeadamente física e cognitiva, vulneráveis aos maus tratos (Magalhães, 2010).

Contudo, nenhum factor de risco é por si só, uma garantia de que o abuso possa ou esteja a acontecer, na realidade, o abuso pode acontecer na ausência desses factores ou pode não se constatar mesmo quando alguns factores estão presentes, o que é certo, é que a coexistência de vários factores de risco aumentam a probabilidade de ocorrência do abuso (Magalhães, 2010).

Como nos revelam Dahlberg e Krug (2002), alguns factores etiológicos da violência podem ser facilmente explicados, como: a urbanização, as mudanças na estrutura familiar e a entrada da mulher no mundo do trabalho remunerado, e crescendo a desigualdade e a pobreza existente nas diferentes comunidades, outros

estão intimamente enraizados no arcabouço cultural da vida humana. Recentemente, estudos científicos apontam que os factores biológicos e individuais justificam tendências à agressão, embora concomitantemente com os factores familiares, comunitários, culturais e outros factores externos, os quais se potenciam mutuamente, de forma a ocasionar uma situação propícia à violência.

Nesta linha de pensamento, na actualidade assiste-se a um número preocupante de casos de violência, por um lado, pelo aumento dos factores de risco e por outro, pelo enfraquecimento dos factores passíveis de prevenir a violência (Karli, 2008).

Como questiona Karli (2008), não será a sociedade, devido ao processo da globalização contaminado pelo economicismo invasor e dominador, a responsável pelo aumento da violência e pela multiplicação dos factores de risco, que potenciam os maus tratos, revelando uma existência humana despojada de sentido, onde se promove um consumo desmesurado de futilidades e se desvaloriza os “factores de protecção” (p. 11).

Na perspectiva de Magalhães (2010) apesar de se condenar a violência, verifica-se uma tolerância social e silenciosa do abusador, da vítima, do cidadão comum e, de alguns profissionais, devido á herança da nossa cultura ancestral. E, como nos diz a autora, com este legado os casos de abuso não param de se multiplicar.

### **3. TIPOS E CONSEQUÊNCIAS**

A partir dos resultados obtidos no estudo “Vozes ausentes. Opiniões de pessoas idosas sobre o abuso no idoso”, desenvolvido pela OMS (2002), com a colaboração de oito países (Argentina, Áustria, Brasil, Canadá, Índia, Quénia, Líbia e Suécia), os investigadores enquadraram os maus tratos, dentro de três grandes áreas: negligência (isolamento, abandono e exclusão social); violação dos direitos humanos, legais e terapêuticos; e, privação (de eleger, de tomada de decisão, de status social, de gestão económica e de respeito) (OMS e INPEA, 2002).

Noutra perspectiva, o relatório mundial sobre violência e saúde, Dahlberg e Krug (2002) subdividem a violência em três categorias, a violência: auto-infligida, interpessoal e colectiva, conforme as características do abusador.

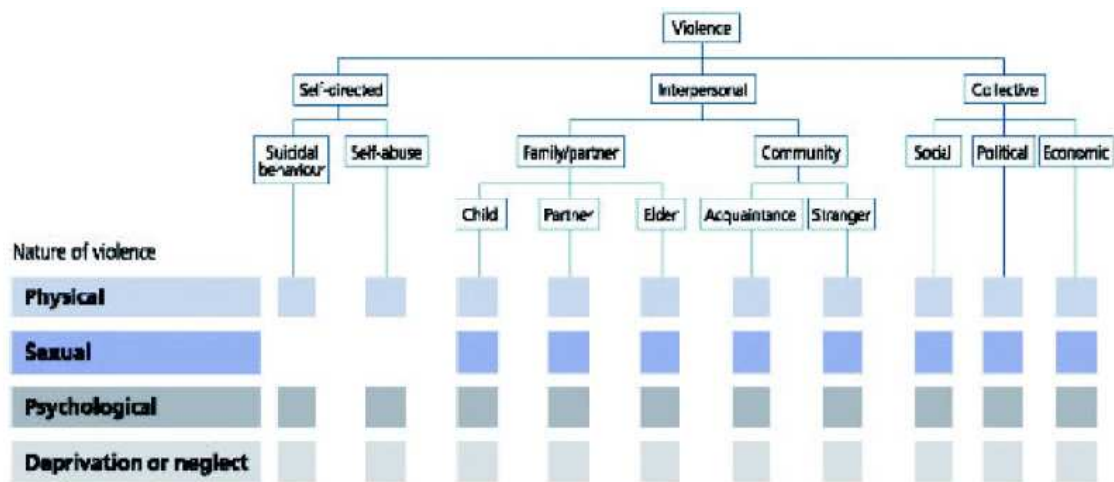
Na *violência auto-infligida*, a pessoa inflige a si mesma, um acto violento. Abrange também comportamento suicida, ou seja, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio, e comportamentos de auto-abuso, isto é, auto-mutilação.

A *violência interpessoal* é subdividida em violência da família e do parceiro(a) íntimo(a) e, ainda na violência comunitária. A primeira acontece entre membros da família ou entre parceiros íntimos (o abuso infantil, a violência praticada por parceiros íntimos e o abuso contra idosos) e ocorre geralmente dentro de casa. A violência comunitária acontece entre pessoas sem laços de parentesco, que podem conhecer-se ou não (a violência juvenil, actos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, violência nas escolas ou em locais de trabalho, ou em prisões ou ainda em asilos) e surge, normalmente, fora de casa.

A *violência colectiva* insinua a existência de motivos para que grupos de pessoas ou Estados cometam actos de violência. Subdivide-se em violência social, política e económica. A violência social envolve crimes de ódio praticados por grupos organizados, actos terroristas e violência de multidões; a violência política implica guerras e conflitos violentos e violência do Estado; por último, a violência económica, inclui confrontos de grupos maiores motivados pela ambição económica.

Neste contexto, a figura 6 apresenta esquematicamente a tipologia da violência, no eixo horizontal visualiza-se qual a vítima afectada e no eixo vertical relata como são afectados. Constata-se também, que os quatro tipos de violência acontecem em cada uma das grandes categorias e de suas subcategorias descritas anteriormente, excepto a violência auto-infligida, que não se verifica no âmbito sexual. Embora, os autores supramencionados, reconheçam que esta divisão, está aquém de ser universalmente aceite, ajuda a compreender os complexos padrões da violência que acontecem no mundo, assim como, a violência do dia a dia das pessoas, das famílias e das comunidades.

Figura 6 - Tipologia da violência



Fonte: Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS (2002)

De acordo com Magalhães (2010), independentemente da diversidade conceptual existente neste domínio, o conceito em causa integra diferentes categorias, que passo a descrever.

O abuso físico “é relativo a qualquer acção intencional, que provoque ou possa provocar dano físico na vítima. Esse dano pode traduzir-se em lesões físicas traumáticas, asfixia, doenças ou intoxicação (...). Pode constituir uma ocorrência isolada ou repetida e pode deixar, ou não, marcas evidentes – muitas vezes as lesões encontram-se em locais pouco visíveis, outras vezes são apenas internas e outras podem até nem se manifestar” (Magalhães, 2010, p. 51).

Por seu turno, o abuso emocional ou psicológico consiste num “acto de natureza intencional, caracterizado pela ausência ou falha, persistente ou significativa, activa ou passiva, de suporte afectivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da vítima” (Magalhães, 2010, p. 46), concretizando-se pela crítica, ridicularização, desvalorização, atemorização, hostilização, chantagem afectiva, negação do afecto, indiferença, desprezo, rejeição, discriminação, privação do poder de decisão, abandono temporário, isolamento, marginalização, culpabilização (Magalhães, 2010), agressão verbal, insultos, ameaças, infantilização, humilhação, falta de respeito pela intimidade da pessoa idosa e seus pertences, como também a falta de consideração pelos seus desejos e necessidades sociais e de saúde (Dias, 2004). Porém, trata-se de um abuso de baixa visibilidade e de difícil diagnóstico (Magalhães, 2010).

No que se refere ao abuso material ou económico ou também conhecido por abuso financeiro da pessoa idosa, este diz respeito à exploração financeira, à

apropriação ilegal dos bens e propriedades, à alteração forçada do testamento ou de outros documentos jurídicos, à negação de acesso e controlo às poupanças e bens pessoais e, ainda à exploração de bens fundamentais, como: alimentos, agasalhos ou outros bens importantes (Dias, 2004 e Magalhães, 2010).

No que diz respeito ao abuso sexual, este consiste em obrigar a vítima a manter actividade sexual ou comportamentos sexuais específicos contra a sua vontade, o abuso físico ou emocional, pode ser usado para consumação de tal acto, nos quais implica as ameaças e a coacção (Magalhães, 2010), cujo abuso é considerado mais grave quando a vítima não possui capacidade de comunicação ou é incapaz de se defender (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002).

Quanto á negligência, Magalhães (2010), não a integra no grupo do abuso, constituindo sim, “situações particulares cuja contextualização é especialmente importante, uma vez que nem todos são, necessariamente, intencionalmente produzidos, podendo não constituir um crime mas apenas uma situação de risco social” (p. 56). Porém, passa a pertencer ao grupo do abuso, quando o abusador apresente um comportamento regular de omissão dos cuidados a ter com a pessoa idosa dependente, não lhe garantindo a satisfação de suas necessidades básicas, como a higiene, a alimentação, a habitação, a segurança, os cuidados médicos, o afecto, os contactos sociais ou os recursos auxiliares quando esta necessita (Wolf e Pillemer, 1989; Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002; Magalhães, 2010).

Outro tipo de mau trato, refere-se ao abandono físico, este localiza-se “no limite dos casos de negligência e pode considerar-se como o completo desamparo, temporário ou permanente, por parte do cuidador ou responsável pela garantia dos cuidados básicos necessários à sobrevivência da vítima com o mínimo da qualidade e dignidade exigíveis” (Magalhães, 2010, p.57).

Magalhães (2010), também faz referência à auto-negligência, a qual “corresponde à incapacidade de um indivíduo desempenhar tarefas de auto-cuidado, podendo exibir comportamentos involuntários e inconscientes que constituam uma ameaça à sua saúde e segurança.” (p.57)

A este propósito, o Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002) distingue, ainda, variantes das categorias precedentes, tais como: *auto-abandono* – a pessoa idosa apresenta um declínio cognitivo e físico, que não lhe permite cuidar de si mesmo, colocando em risco a saúde e segurança; *maus tratos conjugais* – mau trato físico, emocional, sexual, exploração económica e abandono; e, o *abuso de medicação* – acto intencional ou não, da toma indevida de medicação.

Nesta linha de pensamento e com base em estudos e artigos científicos, o Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002) menciona outras formas específicas de maus tratos, como sejam:

- A *renúncia* por parte do cuidador face a um compromisso assumido de cuidar da pessoa idosa;

- Os *maus tratos sistémicos* os quais se repercutem na marginalização das pessoas idosas, na institucionalização, na aprovação de medidas políticas, sociais e económicas que conduzem para a desigualdade na distribuição dos recursos e, ainda, a discriminação na provisão e prestação de serviços;

- A *violência social ou doméstica* no contexto de dissociação nas relações sociais entre a pessoa idosa e a família;

- A *violência na comunidade* manifestada pelo medo, sensação de insegurança em virtude de roubos, assaltos, violações, vandalismo, delinquência;

Como se deduz, as práticas abusivas podem derivar da omissão ou da acção e apresentar diferentes tipologias. Por exemplo, no que se refere aos tipos de abuso mais frequentes, destacam-se o psicológico, o físico e o sexual, comumente coexistentes e com tendência a aumentar o seu grau de gravidade (Magalhães, 2010).

Paralelamente, torna-se pertinente fazer referência ao estudo subordinado ao tema “Vozes ausentes. Opiniões de pessoas idosas sobre o abuso no idoso”, promovido pela OMS/INPEA e outras organizações, em 2001, com o objectivo de promover o conhecimento dos profissionais de saúde e do público em geral acerca dos maus tratos na pessoa idosa e, elaborar uma estratégia global no contexto dos cuidados de saúde primários na prevenção dos maus tratos na pessoa idosa (OMS e INPEA, 2002).

Das conclusões deste estudo, salientam-se os tipos de maus tratos mais frequentes referidos pelos idosos, designadamente: abuso estrutural e social, negligência e abandono, falta de respeito e atitudes contra a pessoa idosa, abuso psicológico/emocional e verbal, mau trato físico e, por último, abuso legal e económico. Contudo, uma limitação do estudo relaciona-se com a dificuldade ou mesmo negação dos idosos a respeito dos maus tratos conjugal, sexual, e físico.

Uma vez que os agressores se encontravam nas famílias e na comunidade, o abuso psicológico/emocional e verbal integrou a categoria do abuso estrutural e social, o qual foi considerado o mais importante. Na verdade, este tipo de maus tratos é essencial no desenvolvimento de outras categorias que envolvem aspectos, particularmente dos maus tratos conjugal, sexual e físico.

De salientar, que os participantes dos países desenvolvidos responsabilizaram os governos e os factores estruturais pelos maus tratos, quer ocorressem no domicílio, quer nas instituições de saúde. Os investigadores aferiram que em todos os países, os participantes consideraram os profissionais de saúde como parte do problema dos maus tratos.

Este estudo também concluiu que as alterações dos papeis sociais são um factor etiológico dos maus tratos, ou seja, a alteração do papel de mãe e de cuidadora do idoso deixa de existir para dar lugar à mulher que possui uma profissão, contudo refira-se que os idosos reconhecem a sobrecarga de trabalho dos descendentes e culpabilizam a política social e económica do país.

Na categoria negligência e abandono, e relativamente ao Quénia e ao Brasil, sobressai o abandono dos idosos nos hospitais. Curiosamente, no Brasil, esta situação coincide, essencialmente, nas épocas do Carnaval e Natal, bem como nos fins de semanas prolongados. Já no Quénia, como a economia depende da agricultura, o abandono das pessoas idosas coincide com as épocas de seca e de escasso rendimento das colheitas, e, por isso, as famílias não possuem condições para manter os idosos ao seu cuidado.

Outra categoria referida, a falta de respeito e atitudes etárias contra a pessoa idosa, foi considerada o tipo de maus tratos mais angustiante, tendo sido enfatizada a falta de respeito por parte dos jovens dada a alteração de valores e atitudes sociais favorecedoras de tais posturas.

Os participantes do estudo lamentaram o facto da existência de maus tratos nas instituições de saúde, particularmente no Canadá, na Argentina, no Brasil e no Quénia. Neste último país, um chefe de um hospital afirmou: “as pessoas idosas são um problema e um desperdício de recursos escassos; o maior favor que me poderias fazer como representante de uma organização de pessoas idosas é retirá-los do meu hospital” (OMS/INPEA, 2002, p. 326).

Na Índia, em virtude de existir protecção legal das noras relativamente ao abuso legal e económico por parte dos sogros ou de parentes políticos, verificou-se, em determinadas situações de desentendimento, denúncias falsas, tratando-se assim de uma forma de mau trato contra os seus sogros idosos.

Ao se proceder a uma breve análise, não só tendo em conta a perspectiva dos participantes do estudo, como também o ponto de vista dos investigadores, as suas afirmações vêm corroborar o que está descrito na literatura, considerando efectivamente que os maus tratos são um fenómeno omnipresente na sociedade e nunca conheceu fronteiras temporais ou culturais.

A OMS/INPEA (2002) alude ainda, à religião. No Líbano a doutrina religiosa assume uma função protectora das pessoas idosas, especialmente dos pais. Já no Quênia, só as instituições religiosas é que se responsabilizam pelos idosos pobres.

Por último, e não menos importante, reporta-se às *influências culturais específicas sobre o mau trato*. Como já é do nosso conhecimento, o mau trato na pessoa idosa tem uma forma de manifestação própria devido ao contexto cultural a que está subjugado.

Não é exequível estabelecer uma correlação simples entre o tipo de abuso e as suas consequências, uma vez que dependem do tipo e das características do abuso, como também, de várias características da vítima, do abusador, do nível de relacionamento entre ambos e do tipo de apoios de proximidade e institucionais que a vítima possa beneficiar. Contudo, sabe-se que estas conduzirão a repercussões deveras incalculáveis, variando entre consequências psicológicas, físicas e socioeconómicas (Magalhães, 2010). Estas consequências podem manifestar-se de forma imediata (ferimentos), a curto ou a médio prazo (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002).

As consequências a curto prazo podem traduzir-se por lesões, que vão desde as superficiais (por exemplo: equimoses, escoriações, hematomas, feridas diversas ou queimaduras) até as mais graves (por exemplo as fracturas ósseas), implicando internamento hospitalar. A médio prazo estão descritas perturbações do sono e do apetite, ansiedade, depressão, apatia ou agitação psicomotora e isolamento social, e, nalguns casos tentativas ou consumação do suicídio (Magalhães, 2010).

O Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002), também divulgou as consequências dos maus tratos, a longo prazo relativas à saúde física e psicológica das pessoas idosas, nomeadamente: danos permanentes devido a lesões físicas, dependência de medicamentos ou de álcool, deterioração do sistema imunológico, transtornos alimentares crónicos e má nutrição, tendência a infligir a si próprio um dano e a auto-negligência, depressão, medo e ansiedade, tendências suicidas e morte.

Magalhães (2010) evidencia as consequências relativas à negligência e à auto-negligência, das quais constam: higiene corporal deficiente; vestuário desadequado; não utilização de óculos ou de prótese auditiva, quando apresenta diminuição da acuidade visual e auditiva respectivamente; ausência de prótese dentária de que necessita; emagrecimento excessivo; desidratação da pele e mucosas e a presença de úlceras por pressão não tratadas, bem como as consequências da sub ou sobre-medicação.

Estas consequências irão depender do tipo de feridas provocadas, dos danos sofridos, da intenção, da gravidade, da intensidade, da frequência, e duração dos maus tratos à pessoa idosa (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002).

Magalhães (2010) corrobora que

*“a gravidade de todas estas consequências depende, de uma forma geral, do tipo e duração do abuso, do grau de relacionamento com o abusador, da idade da vítima, do seu nível de desenvolvimento e da sua personalidade, bem como do nível de violência e ameaças sofridas.”* (p. 102).

Os profissionais têm de estar atentos, pois as consequências podem se confundir com sinais e sintomas de patologias prevalentes nesta idade e as consequências e os custos financeiros e humanos, sejam directos ou indirectos, são de uma dimensão estimável, embora todavia pouco conhecida (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002 e Magalhães, 2010).

#### **4. DETECÇÃO E INTERVENÇÕES**

Conforme o Conselho Económico e Social das Nações Unidas (2002), a detecção dos maus tratos nas pessoas idosas depende da consciência, do conhecimento e da compreensão desta problemática, assim como do reconhecimento dos indicadores e consequências dos maus tratos. Se os profissionais de saúde e até mesmos os membros de uma comunidade, não estiverem sensibilizados perante este fenómeno, verão certos comportamentos ou estados físicos como normal da idade avançada e só irão valorizar apenas os casos graves de maus tratos (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002).

Neste sentido, aquele Conselho alerta, que as pessoas idosas vítimas de maus tratos que não utilizam os serviços de saúde ou sociais, dificilmente serão detectados, e como agravante, na maioria das vezes, a vítima encobre esta situação com medo de ser institucionalizada, de sofrer represálias, por sentir uma sensação de desonra e vergonha, por necessidade de proteger o agressor das consequências de seus actos, ou ainda, a percepção por parte da vítima de que os maus tratos são interpretados como merecidos ou normais. No contexto afectivo, Magalhães (2010) refere que é difícil para a vítima admitir que uma pessoa que ama e da qual espera receber todo o apoio e compreensão, a despreze e a maltrate, então a vítima procura explicações para estes comportamentos, racionalizando os factos e concluindo, como

já foi referido, que o abuso se relaciona com o facto do abusador se preocupar com ela, desresponsabilizando o abusador de seus actos, e, até mesmo auto-culpabilizando-se pelo abuso sofrido; sendo estas, outras das razões pelas quais a vítima equaciona e pondera, acabando por não revelar o abuso e até defende o abusador, negando muitas vezes que ele a tenha agredido.

Nas pessoas idosas dependentes e sem autonomia (internada ou acamada no domicílio), afectadas por doença, como depressão grave ou demência, com défice cognitivo ou com diminuição na capacidade de comunicar, que não conseguem expressar verbalmente ou informar com clareza sobre os incidentes ocorridos (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002), sentem uma sensação de insegurança, a qual é agudizada quando associada ao isolamento social, a vítima “fechando-se em si mesma, fica cada vez mais sob o controlo do abusador e, como tal, incapaz de denunciar a situação ou de pedir auxílio” (Magalhães, 2010, p. 78). Por esta razão, o agressor domina e controla-a, tornando-a submissa e impedindo que esta reaja e revele o abuso.

No âmbito dos maus tratos na pessoa idosa, Magalhães (2010) faz uma lista de indicadores, de acordo com o seu tipo: psicológicos, físicos, sexuais e sociais, referindo os que surgem com maior frequência, facultando aos profissionais dados fundamentais na detecção de casos de maus tratos.

No caso dos *indicadores psicológicos*, contam-se com as perturbações funcionais, cognitivas, afectivas, de comportamento e do foro psiquiátrico (Magalhães, 2010). Relativamente às perturbações funcionais, o estado de stress vivido, poderá manifestar-se sob diversa sintomatologia: anorexia, bulimia, insónia, pesadelos, perda do controlo dos esfíncteres, tonturas, astenia, adinamia, sensação de palpitações ou de bola faríngea, entre outras; nas perturbações cognitivas, existem as perturbações da memória, da concentração e da atenção; nas perturbações afectivas, estas podem mostrar-se pelos sentimentos de ansiedade, angustia, tristeza, raiva, vergonha, culpa e medos reais ou imprecisos, associados a choro incontrolado, timidez, diminuição da auto-estima, sentimentos de inferioridade e dificuldade em reagir perante situações de conflito; nas perturbações do comportamento, estas revelam-se através do descuido a nível da higiene, vestuário ou aparência, desvinculação nas relações afectivas e interpessoais, dificuldades no entendimento e aprovação de princípios morais e sociais, desmotivação e condutas desviantes devido ao consumo excessivo de álcool; por último, também podem apresentar perturbações do foro psiquiátrico, como o stress pós-traumático, depressão, tentativas de suicídio, distorções cognitivas, neuroses e psicoses (Magalhães, 2010).

No que se refere aos *indicadores físicos e sexuais*, o grau de evidência varia conforme os diferentes indicadores, que neste caso, podem ser físicos ou biológicos, estes indicadores por sua vez, poderão ser inespecíficos, outros sugestivos e outros confirmarem o diagnóstico do abuso cometido, todavia, como nos diz Magalhães (2010), no abuso psicológico podem ser visíveis indicadores físicos que comprovem a suspeita deste abuso.

No contexto do abuso físico, Magalhães (2010) nomeia alguns indicadores físicos, que importa saber, tais como: “murro, bofetada, pontapé, apertão, empurrão seguido de queda, puxão de cabelos, puxão de orelhas, beliscão, mordedura, alimentação forçada, abanões violentos, tentativa de esganadura, tentativa de afogamento, queimadura com um objecto/líquido aquecido ou cáustico, imersão em água fria, intoxicação, ingestão forçada de corpos estranhos, agressão com arma de fogo, arma branca ou outro tipo de instrumento como corda, cinto, chicote, ou pau” (pp. 115-116). Quanto aos indicadores físicos, convém também lembrar que no caso de negligência, evidenciam-se o mau estado nutricional; a desidratação; a privação no tratamento de certas feridas (como as úlceras por pressão); inadequados cuidados de higiene pessoal, vestuário, medicação ou falta de próteses oculares, dentárias ou auditivas (Magalhães, 2010).

De acordo, com esta autora, no âmbito do abuso sexual, seus indicadores não são tão evidentes, porque nem sempre resultam em lesões ou vestígios biológicos visíveis, neste sentido, a autora faz alusão aos indicadores de diagnóstico de abuso sexual, tais como: a presença de esperma no corpo ou na roupa da vítima e a detecção de doenças sexualmente transmissíveis; quanto aos indicadores sugestivos podem reportar-se a certas lesões traumáticas recentes, como a laceração vaginal ou anal, a detecção de uma doença sexualmente transmissível, ou manchas de sangue, ou ainda, outras manchas sem justificação na roupa interior; relativamente aos indicadores inespecíficos, a autora faz referência às alterações recentes, a saber: o rubor e/ou inflamação dos órgãos genitais externos ou ânus, ou alterações antigas ou ainda ter contraído uma doença sexualmente transmissível. Outro factor importante na análise desta situação, é atender também aos sintomas clínicos, nomeadamente dores ou prurido na região genital ou anal (Magalhães, 2010).

Como se pode concluir, os indicadores de abuso sexual podem variar conforme o tipo de prática (como as manobras masturbatórias, a penetração vaginal, anal ou oral), o grau de violência, o tipo de objectos utilizados, a existência ou não, de lubrificação das regiões anal e genital e, o nível de resistência da vítima (Magalhães, 2010).

Ainda segundo Magalhães (2010), no caso de abuso físico e/ou sexual, a autora alerta que estas lesões podem aparecer na sequência de traumatismos acidentais ou por outras razões, portanto durante a análise dos indicadores e na decisão do diagnóstico de abuso, o profissional não deverá excluir a possibilidade de existir outra situação que explique as lesões e respectivas sequelas, pois existem pessoas que se ferem a si próprias para incriminar terceiros (Magalhães, 2010).

Neste domínio, através da pesquisa desenvolvida pela autora supracitada, esta sublinha a importância de se estar atentos e de suspeitar de abuso quando as lesões apresentam-se em estádios diferentes de evolução, comprovando que esta situação não se tratou de um acto isolado, mas sim de actos repetitivos (por exemplo: várias equimoses com diferentes colorações); ou quando estas se localizam em regiões anatómicas, onde os traumatismos acidentais são pouco frequentes (como na face interna dos braços ou coxas, na região da nuca ou atrás das orelhas, boca, genitais ou nádegas); outra situação a ter em conta, é quando as lesões são múltiplas e encontram-se em regiões anatómicas diferentes, o que poderá indicar a existência de mais do que um mecanismo traumático e de uma eventual continuação de perpetração de traumatismos ao longo do tempo, o que significa, que as lesões são intencionalmente produzidas; de igual modo, outra situação a dar importância, é quando as lesões que têm a forma ou o desenho do objecto que as produziu (como por exemplo: o cinto, a mão, os dentes, entre outros); ainda neste sentido, a autora também refere-se às lesões que não foram tratadas logo após terem sido provocadas pelo agressor, porque o abuso perpetrado foi ocultado, quer pela vítima ou pelo abusador ou, por ambos, evitando a descoberta das lesões e, naturalmente, a obrigação de explicar a forma como estas foram produzidas; ainda a este propósito, as lesões que são de determinado tipo e mostram padrões característicos, insinuantes do mecanismo com que foram produzidas (padrão de queimaduras produzidas por imersão na banheira ou determinado tipo de fracturas ósseas) são situações que os profissionais também deverão debruçar-se, pois poderão derivar de um abuso; outra situação a considerar, é quando a pessoa é vítima de uma intoxicação cuja origem acidental não é aceitável (sobretudo se acontecer mais do que uma vez); e quando existe uma explicação incompatível fornecida pela vítima ou pelo abusador, quanto ao mecanismo que provocou a lesão e ao tempo decorrido desde a sua produção, ou modificações nas explicações ou, ainda, a recusa em explicar como aconteceu.

Relativamente aos *indicadores sociais*, estes poderão se revelar através do mau relacionamento entre a presumível vítima e o cuidador, no qual se percebe hostilidade entre eles; ou percepção de que a vítima tem medo do cuidador, através da timidez ou não olhar nos olhos; ainda o facto do cuidador responder sempre pela

vítima, mostrando hostilidade para quem faz a questão, outro indicador a ter em conta, é não a visitar no hospital ou no lar, demonstrar resistência para responder a perguntas sobre determinada lesão física ou doença, e quando responde dá explicações vagas e até contraditórias, outro indicador a considerar, é o cuidador desconhecer o estado de saúde da pessoa e mostrar-se preocupado com os custos; e a relutância inexplicável da presumível vítima ao contacto físico com terceiros (Magalhães, 2010).

Na perspectiva desta autora, podem inserir-se aqui os *indicadores de abuso económicos*, nomeadamente as mudanças nas contas bancárias, como por exemplo: alteração de nomes, levantamentos não autorizados ou transferências sem explicação; desaparecimento de fundos ou de objectos de valor, também sem explicação; o não pagamento de contas mesmo tendo um fundo monetário para tal; a alteração do testamento ou de outros documentos de carácter financeiro, num contexto imprevisível; e, por último, a falsificação da assinatura com finalidade de usurpação financeira.

Os maus tratos na pessoa idosa, são um fenómeno omnipresente na sociedade, que envolve aspectos preocupantes e exige a todos os níveis, uma tomada de consciência empenhada por todos. Só analisando e compreendendo este fenómeno, podem ser delineadas estratégias de intervenção efectivas. Qualquer intervenção terapêutica requer empenho a longo prazo com as vítimas de maus tratos e seus agressores, para trabalhar os seus modelos afectivos, e a sua forma de relacionar-se afectivamente com as outras pessoas que as rodeiam (Karli, 2008 e Goicoechea, 2009).

Numa reunião internacional, com o grupo consultivo e os coordenadores dos oito países participantes no projecto “Vozes ausentes. Opiniões de pessoas idosas sobre o abuso no idoso”, promovida pela OMS, no ano 2001, definiram nove estratégias de prevenção e intervenção no âmbito dos maus tratos na pessoa idosa, a saber:

- *Organizar um módulo formativo acerca dos maus tratos na pessoa idosa para os profissionais dos cuidados de saúde primários;*
- *Produzir um instrumento de detecção e avaliação dos maus tratos na pessoa idosa, para os profissionais dos cuidados de saúde primários dos países em desenvolvimento;*
- *Preparar e divulgar um kit metodológico de investigação para desenvolver estudos nos países em desenvolvimento, no âmbito dos maus tratos na pessoa idosa,*
- *Fazer uma base de dados mínimos acerca os maus tratos na pessoa idosa;*

- *Fomentar estudos experimentais intergeracionais entre pessoas idosas e jovens, nas organizações;*
- *Realizar um manual de boas práticas na prevenção dos maus tratos na pessoa idosa;*
- *Sensibilizar a sociedade para uma maior consciencialização sobre a crescente amplitude dos maus tratos na pessoa idosa;*
- *Impulsionar mudanças políticas para fazer frente aos maus tratos na pessoa idosa;*
- *Divulgar os resultados de investigação através de publicações científicas (OMS e INPEA, 2002).*

Posteriormente, os participantes deste estudo também propuseram várias estratégias de prevenção e intervenção, tais como:

- *A consciencialização e educação da população para a gravidade do problema dos maus tratos, para a aceitação das pessoas idosas como membros integrantes da sociedade e para a promoção de relações de proximidade com os mais velhos; as acções especificamente dirigidas aos idosos abrangem a informação acerca dos direitos, recursos e serviços da comunidade;*

- *Fomentar relações intergeracionais, com o objectivo de prevenir o isolamento social, o abandono das pessoas idosas e de promover relações positivas dos jovens com os mais idosos;*

- *A formação dos profissionais acerca do processo de envelhecimento, e da problemática dos maus tratos, por forma a que sejam capazes de conhecer os sinais e sintomas e, acerca de intervenções dirigidas à protecção e segurança da pessoa idosa;*

- *Fomentar os direitos e a autonomia das pessoas idosas;*

- *Alertar os meios de comunicação social para a divulgação de mensagens positivas das pessoas idosas, com a finalidade de aumentar a consciência e educação pública na prevenção dos maus tratos;*

- *Implementar recursos para o ócio, como por exemplo centros de convívio como estratégia de prevenção da solidão da pessoa idosa;*

- *As soluções estruturais na promulgação de leis “consistentes” e melhoria dos planos de saúde;*

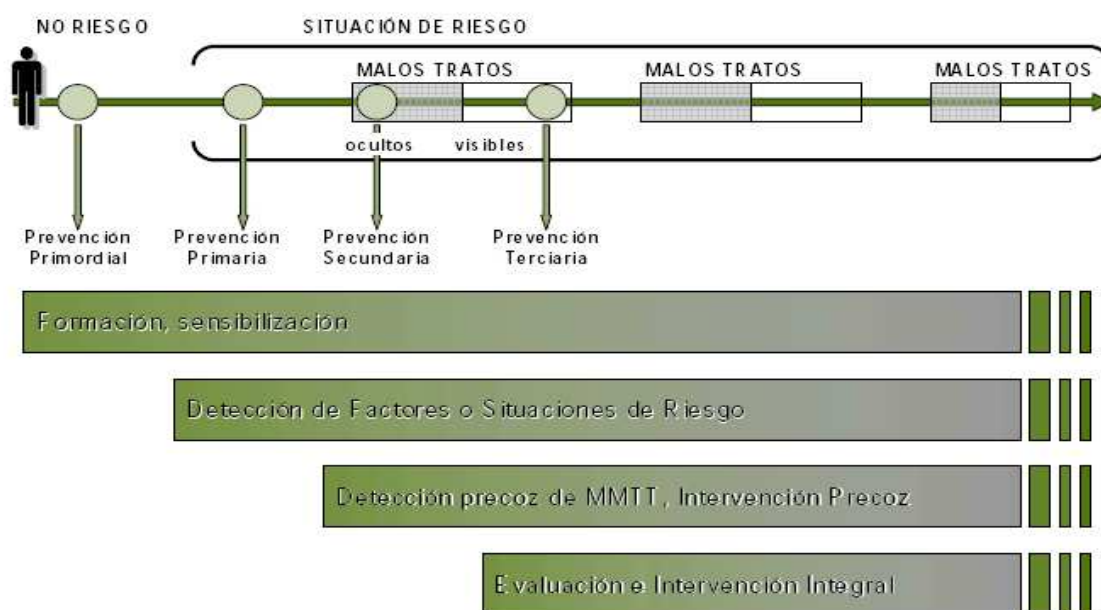
- *Desenvolvimento da investigação acerca da problemática dos maus tratos às pessoas idosas, de forma a contribuir para intervenções efectivas com bases científicas (OMS e INPEA, 2002).*

Por seu turno, Dias (2009) descreve algumas medidas implementadas a nível de políticas sociais, adoptadas por alguns países e desenvolvidas no domínio dos

maus tratos em contexto familiar e institucional, com a finalidade de proteger a pessoa idosa, nomeadamente: serviços de informação e orientação na planificação da entrada na reforma; serviços de apoio aos idosos e cuidadores; medidas legislativas; protocolos de prevenção primária, secundária e terciária; implementação de um sistema de gestão integrada de informação e de uma estrutura integrada de resposta às situações de maus tratos; formação dos profissionais que intervêm nesta área. Na realidade, quando os profissionais lidam com a complexidade do fenómeno dos maus tratos, terão de ser competentes e especializados nesta área, o que pressupõe uma intervenção multidisciplinar e, impreterivelmente articulada (Magalhães, 2010).

Neste sentido, no entender de Bernal e Gutiérrez (2005), a prevenção primordial tem por finalidade inculcar atitudes sociais positivas favorecedoras de uma relação saudável na comunidade, ou seja, promovendo condutas de vida social, económica e cultural, que evitem o risco de ocorrência de maus tratos. A prevenção primária, pretende evitar o aparecimento de novos casos de maus tratos, através do controlo das causas e dos factores de risco. Já a prevenção secundária, engloba a redução da prevalência de maus tratos, através da detecção precoce de casos ocultos e à intervenção precoce, evitando as consequências mais graves e a sua reincidência. Por último, a prevenção terciária, debruça-se sobre a redução da evolução dos maus tratos ou sobre as consequências de uma situação de maus tratos já detectada, minimizando as sequelas e o sofrimento da vítima (figura 7).

Figura 7 - Prevenção, evolução dos maus tratos nas pessoas idosas e possíveis acções



Fonte: Malos Tratos a personas mayores: Guía de actuación. Bernal e Gutiérrez (2005).

Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde, no âmbito do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), orienta os prestadores de cuidados para a importância da detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.

Há que ter em conta, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada a 10 de Dezembro de 1948, onde constam os direitos básicos de todos os seres humanos, quer seja na esfera civil, como também política, social, económica e cultural, que garantem a base moral para uma ampla variedade de leis internacionais, a favor das pessoas idosas.

Por sua vez, os direitos declarados nos Princípios das Nações Unidas a favor das Pessoas Idosas, no ano 1991 (a independência, a participação, os cuidados, a auto-realização e a dignidade), também garantem uma boa qualidade de vida, e defendem que os maus tratos nas pessoas idosas são uma violação destes direitos fundamentais aqui garantidos (Conselho Económico e Social das Nações Unidas, 2002).

Os responsáveis políticos, as organizações não governamentais, a indústria privada e os profissionais de saúde e sociais, devem accionar redes sociais, grupos comunitários, programas intergeracionais, voluntariado, serviços de prestação social, com a finalidade de envolver a participação das pessoas idosas, prevenindo o isolamento e promovendo a sua segurança (Kalache e Perel, 2002).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## CAPÍTULO I – METODOLOGIA

Os maus tratos na pessoa idosa são um fenómeno socialmente alarmante e considerado pela comunidade científica, um problema complexo e de difícil controlo. Portanto, torna-se imperioso compreender a percepção dos maus tratos, da discriminação social e da capacidade funcional dos idosos, e de que modo, a discriminação social e a capacidade funcional influenciam a percepção acerca dos maus tratos nos idosos.

E uma vez, que se está perante um fenómeno revestido pelo silêncio e de difícil abordagem, torna-se nosso dever, conscientes desta problemática, investir na construção de uma base empírica promotora de discussão, de modo a sensibilizar toda a população, no sentido de prevenir ou minorar os efeitos adversos dos maus tratos, estabelecendo estratégias exequíveis na defesa dos direitos da pessoa idosa.

Para a consecução deste estudo achou-se apropriado uma investigação quantitativa não experimental, cujo método consiste num processo sistemático de colheita de dados quantificáveis e, face a natureza da problemática em estudo, optou-se por um estudo do tipo transversal, exploratório e descritivo, com a finalidade de explorar e descrever o fenómeno e identificar as relações entre as variáveis.

Não existe consenso na conceitualização e ou utilização dos termos *abuso* e *maus tratos*. Não obstante as distintas terminologias que possam ser dadas a cada um deles, no âmbito do presente estudo os termos maus tratos e abuso são utilizados como sinónimos, sendo os maus tratos qualquer comportamento inadequado, singular ou repetido, no âmbito de uma relação de proximidade e confiança, de familiares ou não, que origine dano ou qualquer reacção emocional negativa na pessoa idosa (INPEA, 1995 citado por Rojo, 2007).

Uma vez que já foram abordados na conceptualização dos maus tratos na pessoa idosa, os temas mais pertinentes para uma melhor compreensão desta temática em estudo, pretende-se com o presente capítulo explicar a conceptualização da investigação e os objectivos do estudo, a metodologia a adoptar, na qual se especificam as variáveis, a população e o processo de amostragem, as características gerais da amostra, os procedimentos éticos, os instrumentos de colheita de dados utilizados e as respectivas características psicométricas, e, por último, o tratamento estatístico.

## 1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

A OMS (2002) recomenda o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre os maus tratos nas pessoas idosas, como uma prioridade a nível mundial. Esta advertência apoia o desenvolvimento deste estudo empírico, através do qual se pretende responder às seguintes questões de investigação:

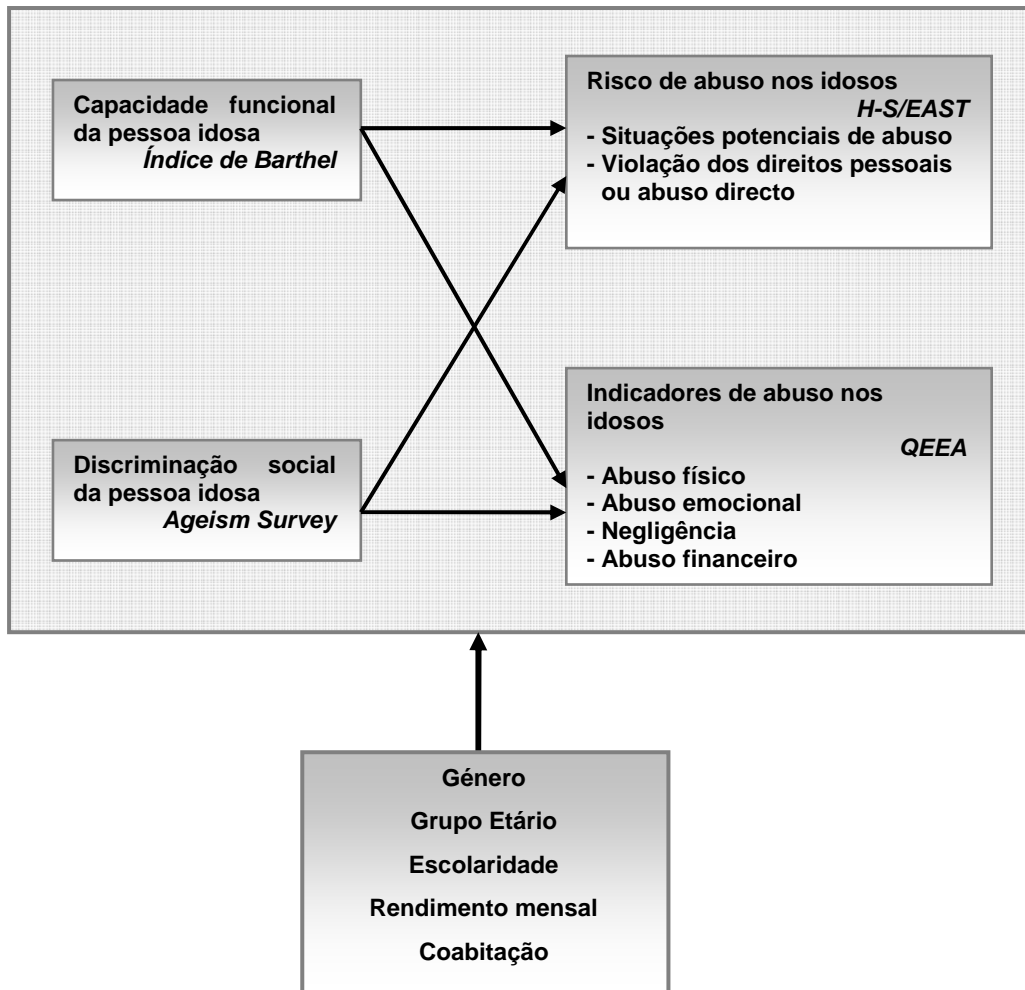
- Qual a percepção dos maus tratos, da capacidade funcional e da discriminação social nos idosos?
- De que modo a capacidade funcional e a discriminação social influenciam a percepção acerca dos maus tratos nos idosos?

Perante as questões de investigação que norteiam esta investigação, definiram-se os seguintes objectivos:

- Estudar as características psicométricas do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test;
- Analisar a influência da capacidade funcional na percepção dos maus tratos;
- Analisar a influência da discriminação social da pessoa idosa na percepção dos maus tratos.

Para melhor compreender a problemática dos maus tratos na pessoa idosa, apresenta-se um desenho do estudo a desenvolver (figura 8).

Figura 8 - Desenho do estudo



Como nos diz Magalhães (2010) a idade, o género, a dependência física, o baixo nível educacional, o estar socialmente isolado e habitar em condições precárias constituem factores de risco que propiciam os maus tratos na pessoa idosa. Por sua vez, estes factores influenciam a discriminação social de pessoas idosas, a qual também é considerada uma faceta ou um factor contextual propiciador dos maus tratos na pessoa idosa (Alves e Novo, 2006).

Alves e Sousa (2005) aplicaram o instrumento Questions to Elicit Elder Abuse, às pessoas idosas da cidade de Braga e chegaram a conclusão de que a variável percepção do estado de saúde foi a mais associada à presença de indicadores de maus tratos, todavia o género e a idade também aparecem significativamente associados aos maus tratos. Além do Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA), também o Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) surge como

instrumento fundamental para medir a variável dependente do presente estudo – os maus tratos na pessoa idosa.

## **2. VARIÁVEIS**

Os maus tratos na pessoa idosa, variável dependente, é avaliada com base nas dimensões do risco de abuso nos idosos (situações potenciais de abuso e violação dos direitos pessoais ou abuso directo) e nas dimensões dos indicadores de abuso nos idosos (abuso físico, emocional, financeiro e negligência).

Procedendo das variáveis designadas pelos autores: Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), Alves e Novo (2006), Hwalek e Sengstock (1990), e, Alves e Sousa (2005), como importantes para o estudo da percepção acerca dos maus tratos na pessoa idosa, foram consideradas as variáveis independentes capacidade funcional e a discriminação social avaliadas, respectivamente com o Índice de Barthel e Ageism Survey. Além destas, seleccionaram-se ainda, as variáveis: grupo etário, género, escolaridade, rendimento mensal e coabitação. Para conhecer o perfil dos inquiridos, foram também tidas em conta as variáveis estado civil, filhos, profissão e consumo de bebidas alcoólicas.

## **3. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população em estudo é constituída pelas pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, inscritas nos centros de saúde da RAM e não institucionalizadas.

Para a selecção da amostra, solicitou-se ao Serviço de Gestão de Doentes e Estatística do SESARAM, E.P.E., o número de pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, inscritas nos centros de saúde da RAM por concelhos, o que totaliza 46.056 pessoas idosas, conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Número de utentes inscritos por género e por concelho, ano 2010

Concelhos	Género		Total inscritos
	Masculino	Feminino	
Calheta	1.137	1.983	3.120
Câmara de Lobos	1.487	2.694	4.181
Machico	1.264	2.249	3.513
Ponta de Sol	741	1.305	2.046
Porto Moniz	301	584	885
Porto Santo	349	459	808
Ribeira Brava	941	1.837	2.778
Santa Cruz	1.809	2.947	4.756
Santana	751	1.370	2.121
São Vicente	509	894	1.403
Funchal	7.528	12.917	20.445
Total RAM	16.817	29.239	46.056

Fonte: Serviço de Gestão de Doentes e Estatística do SESARAM, E.P.E. (2011).

Os critérios de inclusão para que a amostra possua um grau aceitável de homogeneidade foram os seguintes: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; conscientes e orientadas no tempo e no espaço, inscritas nos centros de saúde da RAM e não institucionalizadas. Serão excluídos do estudo as pessoas idosas com défice cognitivo, usando para sua detecção o Mini Mental State Examination.

O cálculo do tamanho da amostra, do tipo probabilística, estratificada por concelho e aleatória por freguesias, baseou-se nos pressupostos de Richardson (1999), sendo que para populações finitas, com um nível de significância de 95% e com um erro de 5%, a amostra deveria ser constituída por 397 idosos.

Posteriormente, calculou-se o tamanho da amostra por concelho, proporcional à população inscrita no centro de saúde desse mesmo concelho.

Foram seleccionados 400 idosos. Entre estes idosos, não puderam participar no estudo 12.75% (51) por apresentarem défice cognitivo e 1.75% (7) por interrupção durante a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Um total de 342 idosos participou no estudo.

### 3.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

#### *Grupo etário e género*

No quadro 2, verifica-se maior percentagem do género feminino em qualquer dos grupos etários, destacando-se o grupo etário dos 65 aos 74 anos com 53.2%. A idade média dos 342 idosos envolvidos no estudo é de 74.59 anos, com um desvio padrão de 6.526 anos.

Quadro 2 - Distribuição das pessoas idosas por grupo etário e género

<i>Grupo etário</i> <i>Género</i>	65 – 74		75 – 84		≥ 85		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Feminino	130	38.0	92	26.9	17	5.0	239	69.9	
Masculino	52	15.2	41	12.0	10	2.9	103	30.1	
Total	182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0	
Média								74.59	
Desvio padrão								6.526	

#### *Características sócio-demográficas*

Conforme se pode verificar no quadro 3, a maior percentagem, 38% dos sujeitos com idade entre os 65 e os 74 anos, possuem o 1º ciclo do ensino básico. Os analfabetos assumem a segunda posição quer no grupo etário dos 65 aos 74 anos, como também, dos 75 aos 84 anos com 12.9% e 18.4% respectivamente, ao passo que no grupo etário com idade igual ou superior a 85 anos assume a primeira posição com 5.6%.

No que se refere ao ensino secundário, apenas verificou-se 1 caso em cada grupo etário, correspondendo a uma menor percentagem (.9%) da amostra em estudo.

Quanto à caracterização profissional, este baseia-se na Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (INE, 2011). Neste estudo além do grupo que integra aquela Classificação considerou-se as subcategorias reformados e inválidos. Nesta variável apenas 2% dos idosos com idades entre os 65 e os 74 anos pertencem ao grupo 5, o qual compreende trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança. Pela análise dos dados constata-se que a maior percentagem dos sujeitos

já estão reformados. No grupo etário dos 75 aos 84 anos, apenas 1 sujeito (.3%) está inválido e os restantes reformados (38.6%). No grupo etário dos sujeitos com idade igual ou superior a 85 anos, todos os idosos estão reformados (7.9%).

Relativamente ao rendimento mensal, constata-se em qualquer dos grupos etários que a maioria dos idosos em estudo recebe mensalmente entre 200 € a 400€. Embora, ainda se verifique rendimentos mensais inferiores a 200€, designadamente no grupo etário dos 65 aos 74 anos com 5.8%, no mesmo grupo etário, com a mesma percentagem encontram-se idosos com rendimento mensal superior a 600€.

Quadro 3 - Características sócio-demográficas e grupo etário

Grupo etário		65 – 74		75 – 84		≥ 85		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolaridade									
Analfabeto		44	12.9	63	18.4	19	5.6	126	36.8
Ensino básico	1º Ciclo	130	38.0	64	18.7	6	1.8	200	58.5
	2º Ciclo	5	1.5	3	.9	0	.0	8	2.3
	3º Ciclo	2	.6	2	.6	1	.3	5	1.5
Ensino secundário		1	.3	1	.3	1	.3	3	.9
Total		182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0
Profissão									
Reformado		171	50.0	132	38.6	27	7.9	330	96.5
Grupo 5 <sup>(1)</sup>		7	2.0	0	.0	0	.0	7	2.0
Inválido		4	1.2	1	.3	0	.0	5	1.5
Total		182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0
Rendimento mensal									
Abaixo 200 €		20	5.8	16	4.7	5	1.5	41	12.0
200€ a 400€		116	33.9	88	25.7	17	5.0	221	64.6
400€ a 600€		26	7.6	26	7.6	3	.9	55	16.1
Superior a 600€		20	5.8	3	.9	2	.6	25	7.3
Total		182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0

<sup>(1)</sup>Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança.

### *Características familiares*

As características familiares da amostra em estudo estão representadas no quadro 4. Relativamente ao estado civil, conforme se pode verificar, 29.8% dos idosos estão casados/união de facto, sendo que esta maior percentagem refere-se ao grupo etário dos 65 aos 74 anos, seguido de 17.3% viúvos correspondendo a este mesmo

grupo etário. Sublinhe-se esta última subcategoria a qual apresenta maior percentagem quer no grupo etário dos 75 aos 84 anos, quer no grupo etário com idade igual ou superior a 85 anos, com 17.0% e 5.3% respectivamente.

No que se refere aos filhos e coabitação, concluiu-se que em qualquer dos grupos etários, os idosos que têm filhos e vivem com o companheiro, apresentam maior percentagem. Note-se que os idosos que vivem sós, assumem a segunda posição em qualquer dos grupos etários, destacando-se o grupo etário dos 75 aos 84 anos com maior percentagem (12%).

Quadro 4 - Características familiares e grupo etário

Grupo etário	65 – 74		75 – 84		≥ 85		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	20	5.8	18	5.3	3	.9	41	12.0
Casado/União de facto	102	29.8	55	16.1	6	1.8	163	47.7
Viúvo	59	17.3	58	17.0	18	5.3	135	39.5
Separado/Divorciado	1	.3	2	.6	0	.0	3	.9
Total	182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0
<b>Filhos</b>								
Sim	150	43.9	105	30.7	18	5.3	273	79.8
Não	32	9.4	28	8.2	9	2.6	69	20.2
Total	182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0
<b>Coabitação</b>								
Vive só	39	11.4	41	12.0	11	3.2	91	26.6
Vive com o companheiro	99	28.9	53	15.5	5	1.5	157	45.9
Vive com os filhos	36	10.5	28	8.2	7	2.0	71	20.8
Vive com outros familiares	8	2.3	11	3.2	4	1.2	23	6.7
Total	182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0

### *Consumo de bebidas alcoólicas*

Os dados apresentados no quadro 5, dizem respeito ao consumo de bebidas alcoólicas pelos sujeitos da amostra em estudo. Pode concluir-se que em qualquer dos grupos etários a maior percentagem dos idosos não consome bebidas alcoólicas e dos que consomem, também em qualquer dos grupos etários, a menor percentagem corresponde à subcategoria dos que ficam agressivos.

Quadro 5 - Consumo de bebidas alcoólicas e grupo etário

Grupo etário	65 – 74		75 – 84		≥ 85		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim e fica fragilizado	17	5.0	20	5.8	3	.9	40	11.7
Sim e fica agressivo	6	1.8	1	.3	0	.0	7	2.0
Não	159	46.5	112	32.7	24	7.0	295	86.3
Total	182	53.2	133	38.9	27	7.9	342	100.0

## **4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Foi enviado à Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, E.P.E., um pedido a solicitar autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados nos centros de saúde da RAM. A autora do presente estudo foi notificada de que este poderia ser efectuado (anexo I). Por sua vez, a Direcção de Enfermagem, solicitou aos vários enfermeiros chefes dos centros de saúde da RAM, a colaboração na aplicação dos instrumentos de colheita de dados do respectivo estudo.

Foi estabelecido um contacto prévio e personalizado com os enfermeiros chefes dos vários centros de saúde para dar a conhecer os objectivos do estudo e explicou-se os critérios de inclusão e exclusão e a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Posteriormente, procedeu-se a aplicação dos respectivos instrumentos de colheita de dados no gabinete de enfermagem, no qual apenas se encontrava a pessoa idosa e o enfermeiro responsável. Foram honrados os princípios éticos no

desenvolvimento deste estudo de investigação. Primeiramente, o enfermeiro explicou a finalidade do estudo e assegurou o consentimento livre e esclarecido (anexo II). A pessoa idosa foi livre de decidir voluntariamente sobre a sua participação no estudo para o qual foi convidada, pelo que poderia não responder aos instrumentos de colheita de dados ou interromper no momento que não quisesse continuar. Neste estudo apenas 7 idosos interromperam não querendo continuar a responder aos instrumentos de colheita de dados.

Foi assegurado o respeito pela intimidade das pessoas idosas, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Após o consentimento escrito, livre e esclarecido da pessoa idosa (anexo III), o enfermeiro aplicou os respectivos instrumentos de colheita de dados (anexo IV), tendo todo este processo uma duração de cerca de trinta minutos.

## **5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

O profissional para proceder a uma intervenção adequada às necessidades da pessoa idosa, terá que primeiramente, analisar as informações recolhidas através da observação directa, tendo em conta a pessoa idosa, a habilitação do cuidador e do contexto em que estão inseridos, para depois, com o auxílio de instrumentos de medida, elaborar um diagnóstico mais rigoroso da situação em causa, que por sua vez, possibilitará então, uma resposta mais adequada às necessidades da pessoa idosa (Sequeira, 2010).

Neste sentido, Fortin e Nadeau (2009) sublinham a importância dos instrumentos de medida no processo de investigação, visto fornecerem dados que vão de encontro às questões de investigação, contribuindo para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

No presente estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- Mini Mental State Examination;
- Índice de Barthel;
- Ageism Survey;
- Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test;
- Questions to Elicit Elder Abuse.

## 5.1. CAPACIDADE COGNITIVA (MINI MENTAL STATE EXAMINATION)

Existe uma grande variabilidade interindividual na idade particularmente no que diz respeito ao início e amplitude do declínio. Neste sentido, a insuficiente estimulação, parece poder provocar um declínio da eficiência mental, e os factores contextuais que predispõem a passividade, dificultam a manutenção e empenho do idoso, quer seja, no exercício físico, como no uso das suas capacidades cognitivas (Paúl e Fonseca, 2001).

Com o progressivo envelhecimento da população, verificou-se um aumento de doenças crónicas, entre elas a demência nas suas diferentes formas, o que levou a comunidade científica a investigar a deterioração cognitiva e a demência na população com características sócio-demográficas diferentes. Concluíram que para avaliar as funções cognitivas de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, requeria um teste de rastreio simples e breve, discernindo entre deterioração cognitiva e o funcionamento cognitivo normal. O teste que demonstrou ter estas qualidades foi o Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975). Desde então, este instrumento de medida tem sido amplamente utilizado, tanto na prática clínica, como na investigação epidemiológica (Escribano-Aparício *et al*, 1999; Fernandes e Dionísio, 2010; Sequeira, 2010).

A escala MMSE avalia, de forma breve, o estado mental do sujeito, sendo possível através das diversas funções cognitivas, a saber: a orientação, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e habilidade construtiva.

Entretanto, o MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975) foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), sendo definidos pontos de corte diferenciados, de acordo com o grau de escolaridade dos sujeitos portugueses. Neste sentido, este instrumento de medida é composto por 30 questões, sendo cada questão pontuada com zero e um, apresentado uma pontuação máxima de 30 pontos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação for menor ou igual a 15 pontos para analfabetos, ou quando a pontuação for menor ou igual a 22 pontos para sujeitos com 1 a 11 anos de escolaridade, ou ainda, quando a pontuação for menor ou igual a 27 pontos para sujeitos com escolaridade superior a 11 anos de escolaridade (Sequeira, 2010).

Neste estudo foi utilizado a tradução e adaptação realizada por Guerreiro e colaboradores (1994), bem como os pontos de corte por eles definidos. A escala MMSE, foi aplicada a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, numa perspectiva transversal, que correspondeu ao momento da sua aplicação, permitindo ter a certeza que as respostas dadas durante a aplicação do formulário não

foram resultado de um défice cognitivo, para tal foram excluídos todos os sujeitos da amostra com défice cognitivo, ou seja, que obedeciam ao critério de exclusão, segundo os pontos de corte.

## 5.2. CAPACIDADE FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL)

A dependência e independência são termos que só devem ser utilizados quando relativizados e pluralizados, ou seja, uma pessoa pode ser financeiramente independente, mas fisicamente dependente.

De acordo com os resultados de estudos longitudinais, pelos dados estatísticos, ou ainda, conforme nos dizem Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), a franja populacional constituída pelos mais idosos são o grupo mais afectado pelas doenças crónicas associadas, por sua vez, a diferentes níveis de incapacidade, que afectam a sua qualidade de vida. Assim, é de extrema importância avaliar a seu estado de saúde, proceder ao diagnóstico de saúde e intervir de forma adequada às suas necessidades específicas.

Para tal, um dos instrumentos de medida amplamente utilizado, no diagnóstico de comprometimento nas actividades básicas de vida diária é o Índice de Barthel, desenvolvido em 1965 por Mahoney e Barthel. Este instrumento de medida, válido e fácil de aplicar, avalia a capacidade funcional para a realização das actividades básicas de vida diária e detecta os diferentes níveis de incapacidade, ou seja, um indivíduo pode obter uma pontuação igual a de outro indivíduo, mas as suas necessidades serem efectivamente diferentes, nas diferentes actividades básicas de vida diária (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). Por outras palavras, este índice determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade básica de vida diária (Sequeira, 2010).

A este propósito, o Índice de Barthel avalia o nível de independência na realização das dez actividades básicas de vida diária, a saber: higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, levantar-se da cama ou de uma cadeira, subir e descer escadas, deambular, controlo da função intestinal, controlo da função urinária e o uso dos sanitários (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007 citando Mahoney e Barthel, 1965).

A pontuação da escala na versão original oscila entre 0 a 100 (0 é igual a dependência total, a independência é cotada com 5, 10 ou 15 pontos, em função dos níveis de diferenciação detectados), com uma pontuação mínima de zero corresponde

à máxima dependência em todas as actividades básicas de vida diária, e a cotação máxima de 100 pontos, correspondente à independência total (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

Na versão adaptada do Índice de Barthel, por Wade e Collin (1988), a pontuação oscila entre 0 a 20, cada actividade básica de vida diária é cotada com 0, 1, 2 ou 3 pontos, e quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência. Nesta versão, os pontos de corte são os seguintes: entre 0 – 8 significa total dependência; entre 9 – 12 corresponde a dependência grave, entre 13 – 19 é igual a dependência moderada e a pontuação igual a 20 equivale a independência total (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), o Índice de Barthel consiste num instrumento de medida, de fácil aplicação e interpretação, de baixo custo, de rápida aplicação, o que torna este instrumento um dos mais utilizados na prática clínica e na investigação.

Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), desenvolveram um estudo, subordinado à “Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados” cuja amostra foi constituída por 209 idosos portugueses, não institucionalizados, com idades compreendidas entre 65 e 96 anos, os resultados revelaram que o Índice de Barthel apresenta um nível de fidelidade elevado, sendo o *alfa de Cronbach* de .96.

Optou-se pelos pontos de corte propostos por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), uma vez que a amostra do presente estudo possui características semelhantes à amostra do estudo destes autores, tais como, pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos e a viverem na comunidade.

Na amostra de 342 idosos madeirenses, o Índice de Barthel apresentou uma boa consistência interna, .873, avaliada através do cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach*, para os 10 itens da escala.

### 5.3. DISCRIMINAÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA (AGEISM SURVEY)

O *Ageism Survey*, de Alves e Novo (2006), foi utilizado para avaliar a discriminação social da pessoa idosa. Engloba itens sobre expressões de discriminação social na idade avançada, ou seja, a frequência de determinado episódio ou situação de discriminação social vivida. É constituído por 20 itens, os quais possuem três opções de resposta: 0 – nunca ocorreu; 1 – ocorreu uma vez; 2 –

ocorreu mais do que uma vez. No estudo daqueles autores acerca da “Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal”, com os objectivos: de descrever a percepção de pessoas idosas respeitante à sua experiência com a discriminação devido a idade, conhecer os tipos de discriminação mais percepcionados e identificar os subgrupos de pessoas que percepcionam mais discriminação, foi utilizada adaptação para a população portuguesa do *Ageism Survey*, numa amostra de 324 homens e mulheres com mais de 60 anos, algumas institucionalizadas e outras vivendo na comunidade de Palmore (2001).

Os resultados obtidos quanto à fidelidade e validade, foram semelhantes aos resultados de Palmore (2001), autor da escala original. O estudo da consistência interna de Palmore (2001), obteve um coeficiente *alpha de Cronbach* para os 20 itens de .81. Alves e Novo (2006), obtiveram um resultado semelhante, .80, e, correlações relativamente baixas com o global da escala.

No presente estudo a consistência interna obtida pelo coeficiente *alfa de Cronbach* para os 20 itens do instrumento foi de .774.

Os autores afirmam que os participantes percebem facilmente o conteúdo de cada item e identificam o sentido de discriminação que eles potencialmente abarcam, verbalizando-o com alguma frequência.

#### 5.4. RISCO DE ABUSO NOS IDOSOS (HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST)

Para avaliar o risco de abuso no idoso, tomou-se por base a *Escala de Risco de Abuso nos Idosos*; validada nos EUA por Neale, Hwalek, Sengstock, Scott e Stahl (1990), a qual permite obter dados passíveis de responderem aos objectivos do presente estudo.

A construção dos itens da escala teve por base a grande finalidade de identificar indicadores e sintomas de risco de abuso no idoso, os quais resultaram de um conjunto de 1000 itens seleccionados de vários protocolos de abuso no idoso utilizados nos EUA e no Canadá. Após várias técnicas para a redução dos itens, resultou uma escala com quinze (15) itens. Assim, é um instrumento com um número reduzido de itens, de fácil administração e de grande utilidade na detecção de idosos em elevado risco de abuso. Contudo, os autores salientam que a escala não é preditora de tipos específicos de abuso ou negligência, nem deve ser usada para uma tomada de decisão final, ou seja, não comprova o abuso ou negligência num caso

particular. Resultados elevados sugerem sim, o risco de existir abuso ou negligência, e por conseguinte, maior atenção por parte dos profissionais da saúde àquelas situações.

No preenchimento da escala é pedido ao idoso para responder de acordo com os seus sentimentos vivenciados na actualidade ou no passado. As possíveis respostas aos itens formulados são sim e não, com a respectiva pontuação de um e dois. A pontuação total do H-S/EAST varia entre 15 e 30. Pontuações elevadas indicam maior risco de abuso.

Dos quinze itens que constituem a escala, quatro encontram-se formulados de forma inversa, nomeadamente os itens 1, 6, 12 e 14.

Os estudos de fidedignidade e validade desenvolvidos pelos autores da escala incidiram em três grupos de idosos, nomeadamente: um primeiro constituído por 170 idosos vítimas de um ou mais tipos de abuso (após avaliação comprovada), físico, sexual, emocional, privação de serviços, exploração financeira, negligência passiva, reclusão e auto negligência; um segundo grupo de 42 idosos, os quais não são vítimas de abuso. Estes dois grupos foram referenciados por um serviço social. Um terceiro grupo de 47 idosos da comunidade vivendo com as suas famílias (grupo de controlo).

A análise factorial revelou a existência de três categorias conceptuais:

- (1) Violação dos direitos pessoais ou abuso directo
- (2) Características do idoso que o torna vulnerável ao abuso
- (3) Características de situações potenciais de abuso.

O **primeiro factor** é constituído por cinco itens:

- 4) Quem é que toma as decisões da sua vida, como deve viver ou onde deve morar?
- 9) Tem algum familiar que o(a) obriga a ficar na cama, ou diz-lhe que está doente quando sabe que não está?
- 10) Alguém já o(a) forçou a fazer coisas que não queria fazer?
- 11) Alguém já lhe tirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?
- 15) Alguém próximo tentou magoa-lo(a) ou fez-lhe mal recentemente?

O **segundo factor** engloba três itens:

- 1) Tem alguém que lhe faz companhia, levando-o(a) às compras ou às consultas?
- 3) Muitas vezes sente-se triste e só?
- 6) Consegue tomar sozinho os seus medicamentos e ser autónomo?

O **terceiro factor** é composto por sete itens:

- 2) Ajuda alguém financeiramente?
- 5) Sente-se desconfortável com alguém da sua família?
- 7) Sente que ninguém o(a) quer por perto?
- 8) Tem alguém na sua família que bebe muito?
- 12) Confia na maioria dos seus familiares?
- 13) Já alguém lhe disse que lhes dá muito trabalho?
- 14) Tem privacidade suficiente na sua casa?

No que diz respeito à validade concorrente, os autores concluíram existir uma média significativamente elevada no grupo de idosos vítimas de abuso relativamente ao grupo de controlo (idosos que vivem com as suas famílias). Este resultado sugere que uma pontuação elevada na escala é um indicador válido de maior probabilidade de abuso.

No respeitante à consistência interna, os autores concluíram que o H-S/EAST não mede de forma homogénea o conceito de abuso no idoso (*alpha de Cronbach* = .29), o que se deve ao facto da elevada variação dos tipos de abuso na amostra em estudo, e, por conseguinte, torna-se aceitável que os preditores dos vários tipos de abuso não sejam homogéneos.

Os resultados obtidos com base na análise bivariada da comparação dos três grupos em estudo, indicaram a existência de diferenças significativas do grupo de idosos vítimas de abuso quando comparados com os grupos de idosos não abusados e com o grupo de controlo. Por sua vez, não registaram diferenças significativas entre o grupo de idosos não abusados e o grupo de controlo. De sublinhar, que esta análise foi efectuada relativamente a cada item, sendo que a existência das diferenças significativas verificaram-se nos itens 3, 4, 5, 7, 10, 13, 14 e 15.

Quando comparadas as médias dos três grupos, os idosos do grupo de vítimas de abuso obteve uma média de 3.5 itens com respostas positivas, média esta significativamente mais elevada que os grupos de idosos não abusados e de controlo.

Neste dois últimos não se verificaram diferenças significativas nas médias das pontuações.

Para o presente estudo, e por se tratar de uma escala válida e fiável, testada apenas numa população de idosos americanos, houve que adaptá-la à realidade madeirense e usar a tradução do seu conteúdo. A sua adaptação resultou da experiência pessoal, das informações resultantes da pesquisa bibliográfica sobre o tema, e dos dados colhidos informalmente junto de alguns enfermeiros especialistas. Efectuou-se a tradução linguística para português dos itens da escala, procurando-se obter formas gramaticais de significados equivalentes e, posteriormente retraduzida

para a língua original por um tradutor não envolvido na primeira tradução. Identificadas as divergências, o procedimento foi repetido até a obtenção de significados semelhantes.

As opções de resposta aos itens são sim e não tal como na escala original, bem como o princípio da unidirecionalidade, no qual pontuações mais elevadas correspondem a provável risco de abuso/maus tratos.

Após a tradução da escala, e com o intuito de verificar possíveis dificuldades na aplicação prática do instrumento de medida, foi aplicado o pré-teste a um total de 30 idosos, com características semelhantes à população do presente estudo. Não foram colocadas questões quanto à sua compreensão ou regras de preenchimento.

#### 5.4.1. Propriedades Psicométricas do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

##### **VALIDADE**

A validade de *construto* foi testada com base na análise factorial, a qual permite avaliar a validade factorial dos itens que constituem as sub-escalas, informando até que ponto elas estão a medir os mesmos conceitos ou variáveis. Este é um processo adequado de assegurar a unidimensionalidade e homogeneidade ao nível dos itens de uma escala.

O tamanho da amostra para submeter a uma análise factorial para que se possa obter resultados fidedignos é sugerido por vários autores, sendo que Gorsuch (Bryman, 1993) propõe uma regra simples: um número absoluto de cinco sujeitos por variável e nunca menos de 100 por análise. Já Nunally (1978) propõe dez casos por cada variável. Qualquer uma destas regras vão ao encontro dos 342 sujeitos da amostra do presente estudo e dos quinze itens da escala.

A análise factorial tem como objectivo agrupar em factores as variáveis que mais fortemente se correlacionam entre si, em que correlações altas no mesmo factor mostram que os itens estão a medir algo em comum.

Para o estudo da validade factorial, foi escolhida a análise factorial exploratória, segundo o método das componentes principais, com rotação ortogonal (*varimax*).

Análises sucessivas dos 15 itens da escala, quer da correlação item-restante, quer do estudo das saturações dos itens nos factores, quer ainda da consistência

interna confirmaram a eliminação de três itens relativos à subescala das *características do idoso que o torna vulnerável ao abuso*. De referir, os valores das correlações item-restante de .08, .11 e .08, nos itens 1, 2 e 6, respectivamente.

Assim, as análises seguintes foram efectuadas com base nos 12 itens.

Na análise das componentes principais pode observar-se os valores próprios da matriz, ficando assim a conhecer a percentagem da variância de cada factor.

O coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) apresenta o valor de .75, evidenciando correlação entre as variáveis, ou seja, revelando a adequação da análise factorial. O teste de esfericidade de Bartlett também mostra que existe correlação entre as variáveis ( $p < .001$ ). Ambos os testes permitem a prossecução da análise factorial.

Para tomar a decisão quanto ao número de factores ou dimensões a incluir, para além do critério de KAISER (Bryman, 1993), que consiste na selecção de factores com um valor próprio igual ou superior a um, foi utilizado o teste gráfico proposto por CATTELL (Bryman, 1993), considerado mais fidedigno, que se baseia no princípio da descontinuidade.

Convencionou-se que a inclusão dos itens que definem um factor obedece ao critério da existência de correlações com o factor igual ou superior a .30 (Bryman, 1993). Neste sentido, todos os itens ou variáveis que definem um factor apresentaram relações com o factor iguais ou superiores a .30, com excepção do item 3 - *Muitas vezes sente-se triste e só?* e do item 8 - *Tem alguém na sua família que bebe muito?*, cujos valores foram de .28. De um modo geral, os itens que integram um factor apresentam saturações baixas nos restantes factores.

Para a identificação do *construto* teórico foram interpretados os itens que pertencem aos factores, e encontraram-se os temas comuns que se aproximam das áreas propostas por Neale, Hwalek, Sengstock, Scott e Stahl (1990).

O primeiro e o segundo factor são constituídos por igual número de itens (seis), cujas designações são, respectivamente: *violação dos direitos pessoais ou abuso directo e características de situações potenciais de abuso*.

No quadro 6 podem ser observados os valores próprios da matriz de correlações e a percentagem da variância total explicada por cada factor obtido. Constata-se que são dois os factores que explicam a maior parte da variância, isto é 35.36%, sendo que o primeiro factor explica por si só 24.8 % da variância total.

Quadro 6 - Estrutura factorial do H-S/EAST

Itens	Factor I	Factor II
3		.28
4		.45
5		.54
7		.31
8	.28	
9	.41	
10	.77	
11	.70	
12		.66
13	.64	
14		.71
15	.51	
<b>Valor próprio</b>	3.00	1.27
<b>Variância</b>	24.8%	10.6%

A distribuição dos itens pelos factores não são coincidentes com os resultados obtidos pelos autores da escala original, contudo, foram incluídos os itens com elevados valores no factor. Dos doze itens, sete coincidem com os das subescalas originais.

## ***FIDEDIGNIDADE***

### ***Consistência interna***

Um instrumento de medida tem consistência interna, ou é homogéneo, na medida em que todas as suas componentes medem de uma forma homogénea a característica que se pretende medir.

Embora existam vários métodos para verificar a consistência interna de uma escala, no presente estudo foi utilizado o coeficiente *alfa de Cronbach*. O coeficiente *alfa de Cronbach* é um dos mais importantes do ponto de vista psicométrico. Os valores do coeficiente *alpha de Cronbach* da escala sugere um índice de consistência interna aceitável, .72 para o global da escala, .63 na subescala da violação dos direitos pessoais ou abuso directo e .57 na subescala das características de situações potenciais de abuso.

Os resultados apresentados no quadro 7, permitem verificar, para cada factor e para a escala global, os valores do coeficiente de correlação item-restante e a consistência interna, se cada item fosse eliminado. Como se pode constatar, todos os

itens estão correlacionados com o total do factor/escala, porém o item oito (8) apresenta uma correlação mais baixa (.20), relativamente aos restantes.

Quadro 7 - Consistência interna do H-S/EAST

Item	Factor I		Factor II	
	a)	b)	a)	b)
8	.20	.70		
9	.29	.69		
10	.39	.67		
11	.42	.66		
13	.42	.66		
15	.42	.66		
3			.33	.68
4			.40	.66
5			.36	.67
7			.36	.67
12			.28	.68
14			.25	.68
<b>α global</b>	.63		.57	

a) Correlação item-total

b) α se o item fosse eliminado

O quadro seguinte (quadro 8) apresenta a versão final do H-S/EAST, na amostra de idosos da Região Autónoma da Madeira.

Quadro 8 - Versão final do H-S/EAST

Subescalas	Itens
Violação dos direitos pessoais ou abuso directo (6 itens)	9) Tem algum familiar que o(a) obriga a ficar na cama, ou diz-lhe que está doente quando sabe que não está? 8) Tem alguém na sua família que bebe muito? 10) Alguém já o(a) forçou a fazer coisas que não queria fazer? 11) Alguém já lhe tirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento? 13) Já alguém lhe disse que lhes dá muito trabalho? 15) Alguém próximo tentou magoa-lo(a) ou fez-lhe mal recentemente?
Características de situações potenciais de abuso (6 itens)	3) Muitas vezes sente-se triste e só? 4) Quem é que toma as decisões da sua vida, como deve viver ou onde deve morar? 5) Sente-se desconfortável com alguém da sua família? 7) Sente que ninguém o(a) quer por perto? 12) Confia na maioria dos seus familiares? 14) Tem privacidade suficiente na sua casa?

De relembrar, a eliminação de três (3) itens, relativamente aos 15 da escala original, e dado o conteúdo teórico dos itens, na presente amostra, não é contemplada a subescala das *características do idoso que o torna vulnerável ao abuso*.

Assim, a distribuição dos itens pelos dois factores resultou numa estrutura diferente, o que pode ser devido, essencialmente, às características das culturas envolvidas, americana e portuguesa.

Como referido anteriormente, o risco de abuso é mais elevado quanto mais elevadas forem as pontuações obtidas. O quadro seguinte (quadro 9) apresenta informação estatística do resultado global das duas subescalas e do total da escala. O valor mais elevados da média, 7.20, e do desvio padrão, 1.25, observa-se na escala relativa às características de situações potenciais de abuso, tendo um valor mínimo de 6 e um valor máximo de 12.

Quadro 9 - Estatística descritiva do risco de abuso nos idosos (H-S/EAST)

H-S/EAST	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo
Violação dos direitos pessoais ou abuso directo	6.59	1.00	6	11
Características de situações potenciais de abuso	7.20	1.25	6	12
H-S/EAST total	13.79	1.92	12	23

##### 5.5. INDICADORES DE ABUSO NOS IDOSOS (QUESTIONS TO ELICIT ELDER ABUSE)

O instrumento de medida Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA) foi construído no ano 2003, por Carney, Kahan e Paris. Entretanto, no ano 2005, foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Alves e Sousa num estudo subordinado ao tema “Indicadores de maus tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar”, cuja amostra foi de 82 pessoas idosas. Este instrumento foi concebido para rastrear indicadores de abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso financeiro, nos idosos.

Para os autores deste instrumento, o abuso físico compreende esmurrar, agarrar, esbofetear ou causar lesão corporal, incluindo o abuso sexual; o abuso emocional inclui insultos verbais ou não verbais, humilhação, infantilização e ameaças (experenciado pelo menos dez episódios no ano precedente); a negligência, quer seja

passiva ou activa, implica falha do cuidador em garantir os cuidados básicos ao paciente, nomeadamente, a assistência nas actividades de vida diárias, e, por último, o abuso financeiro abrange o roubo (cheques da segurança social, pensões), apropriação desautorizada de fundos e coacção (alteração da vontade ou acção) (Carney, Kahan e Paris, 2003).

Neste sentido, os autores originais deste instrumento propõem para a avaliação das diferentes dimensões, um conjunto de 15 questões. Na avaliação do abuso físico constam 4 questões de resposta fechada (sim ou não); no abuso emocional, 5 questões, as primeiras 4 questões são de resposta fechada (sim ou não) e a questão 9 apresenta 7 opções de resposta; no que diz respeito à negligência, esta comporta 4 questões de resposta fechada (sim ou não), na questão 12 e 13 se o sujeito opta pelo sim deverá referir como obtém o auxílio de emergência ou ajuda para as tarefas quotidianas, respectivamente. Por último, no que se refere ao abuso financeiro, constam apenas 2 questões de resposta fechada (sim ou não) (Alves e Sousa, 2005).

Assim, no abuso físico, quando o participante responde sim revela um indicador de abuso físico. No abuso emocional quando o participante responde sim às questões 5, 6, 7, e 8 revela um indicador de abuso emocional, na questão 9 se o participante opta pelas seguintes alíneas: discussões verbais violentas, agressões físicas, ameaças, e abandono/isolamento, também revelam um indicador de abuso emocional. Na negligência se o sujeito na questão 10 e 11 responder sim, e na questão 12 e 13 responder não, indica que o participante é vítima de negligência. No abuso financeiro se o sujeito responder sim às questões 14 e 15 revela indicador de abuso financeiro (Alves e Sousa, 2005).

No estudo de Alves e Sousa (2005) obteve um número significativo de pessoas idosas com indicadores de maus tratos, nomeadamente indicadores de negligência e de abuso emocional. Os autores concluíram também, que as pessoas idosas com idade mais avançada, do género feminino e com percepção de má saúde, parecem estar em maior risco de abuso.

Porém, Alves e Sousa (2005) justificam a não apresentação dos resultados de consistência interna do instrumento QEEA, pelo facto da amostra ser reduzida, alertando para a necessidade de realização de mais estudos, aumentando as amostras e usando outros instrumentos de colheita de dados que avaliem também os maus tratos na pessoa idosa.

No presente estudo a consistência interna obtida pelo coeficiente *alfa de Cronbach* para os 15 itens da escala foi de .338, o qual é considerado abaixo de valores aceitáveis. Contudo, optou-se pela sua utilização, não só por se tratar de uma

escala importante no presente estudo, como também pelo facto dos autores da sua tradução e adaptação para a população portuguesa considerarem que o conjunto dos itens proporcionam possíveis indicadores de abuso na população idosa. Assim os resultados obtidos serão objecto de reflexão e comparados com os dados do H-S/EAST, cuja alfa foi de .72.

## 6. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Para o tratamento de dados e posterior análise é utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18.0.

Numa primeira fase, foram efectuados estudos acerca das características psicométricas da escala de risco de abuso nos idosos (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*), através da validade e da fidedignidade, com vista a determinar a confiança com que os resultados do estudo podem ser interpretados.

O estudo da fidedignidade foi efectuado através da consistência interna e da correlação item-restante. Para determinar a validade das escalas utilizou-se a validade de *constructo*. Utilizou-se a análise factorial em componentes principais (ACP), seguida de rotação ortogonal pelo método *varimax*.

Relativamente à percepção dos maus tratos, da capacidade funcional e da discriminação social nos idosos, os resultados serão apresentados com base na estatística descritiva, com recurso a medidas de tendência central e de dispersão, particularmente a média e o desvio padrão.

Para estudar a influência das variáveis género, grupo etário, escolaridade, rendimento mensal e coabitação, na percepção dos maus tratos, da capacidade funcional e da discriminação social, numa primeira fase foram avaliados os pressupostos para a utilização de testes paramétricos. Serão utilizados o teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de *Lilliefors* para o estudo da normalidade das amostras das variáveis, e, o teste de *Levene* para a homogeneidade das variâncias populacionais estimadas a partir das amostras, por ser um dos mais potentes e robusto a desvios da normalidade da variável em estudo, particularmente a fórmula com recurso à mediana (Maroco, 2007). Os resultados têm de ser não significativos, ou seja, superiores a .05. As amostras das variáveis supramencionadas não possuem distribuição normal, contudo, serão utilizados testes paramétricos pelo facto da amostra global ser suficientemente grande e sempre que se verifique a homogeneidade das variâncias, designadamente, no género: abuso físico, negligência, abuso directo, discriminação social e capacidade funcional; no grupo

etário: abuso físico e dimensões do risco de abuso; na escolaridade: abuso emocional, financeiro, negligência, e situações potenciais de abuso; no rendimento mensal: abuso físico, financeiro, negligência e dimensões do risco de abuso; na coabitação: negligência, dimensões do risco de abuso e discriminação social.

Utilizou-se o teste *t de student* para amostras independentes, para verificar a significância da diferença entre dois grupos e a análise de variância (ANOVA) para verificar as diferenças significativas das médias populacionais estimadas a partir das amostras de três grupos. No sentido de testar *a posteriori* as comparações múltiplas das médias, será utilizado o teste *post hoc Tukey*, pois é o indicado para amostras grandes e é um dos mais robustos a desvios da normalidade e homogeneidade das variâncias.

Pela não observância dos pressupostos para a violação da homogeneidade de variâncias, será utilizado um teste não paramétrico Mann-Whitney para comparar as diferenças significativas de duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças em três grupos. Para identificar em qual ou quais dos três grupos as distribuições são significativamente diferentes, procedeu-se à comparação múltipla das médias das ordens, pelo que se converteu as observações em ordens e efectuou-se em seguida uma *Anova one-way* sobre esta nova variável. Utilizou-se o teste *pos hoc* LSD de Fisher, para a comparação múltipla das médias das ordens dos grupos.

Para verificar a existência de diferenças em dois grupos, a variável escolaridade foi subdividida em analfabetos e  $\geq 4^{\circ}$  ano de escolaridade e a variável rendimento mensal em  $<400\text{€}$  e  $\geq 400\text{€}$ . Para verificar a existência de diferenças em três grupos, a variável coabitação foi subdividida em vive só, com o companheiro, com os filhos e outros familiares.

Para relacionar a capacidade funcional e a discriminação social com a percepção dos maus tratos, recorreu-se à correlação *r* de Pearson.

## **CAPÍTULO II – RESULTADOS**

## 1. MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA RESIDENTE NA COMUNIDADE

### **Capacidade funcional do idoso**

No quadro 10, constata-se maior percentagem na subcategoria *independência total* com 72.8%, seguido da subcategoria *dependência moderada* com 24.3% e, com menor percentagem a subcategoria *total dependência* com .9%.

Quadro 10 - Estatística descritiva da capacidade funcional do idoso (Índice de Barthel)

Capacidade funcional (Índice de Barthel)		Nº	%
Total dependência	0 – 8	3	.9
Dependência grave	9 – 12	7	2.0
Dependência moderada	13 – 19	83	24.3
Independência total	20	249	72.8
Total		342	100.0

De acordo com os resultados representados no quadro 11, confirma-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos das variáveis grupo etário, escolaridade e coabitação.

Os idosos com escolaridade mais elevada ( $\geq 4^{\circ}$  ano) são mais independentes quando comparados com os analfabetos. Também o grupo dos mais idosos ( $\geq 85$  anos) são mais dependentes relativamente aos mais novos, quer sejam do grupo etário dos 65 aos 74, quer dos 75 aos 84 anos. Conclui-se, ainda, que os idosos que vivem sós e com o companheiro(a) apresentam médias estatisticamente mais elevadas na capacidade funcional, isto é, são mais independentes em comparação àqueles que vivem com os filhos e outros familiares.

Quadro 11 - Capacidade funcional do idoso e variáveis independentes

Capacidade funcional (Índice de Barthel)	M	SD	Levene (p)	Teste estatístico	p
<b>Género</b>					
Masculino	19.17	2.14	.727	t = -.4238	ns
Feminino	19.11	2.35			
<b>Grupo etário</b>					
65-74	175.70	1.96	.002	X <sup>2</sup> = 5.943	.050
75-84	172.76	2.14			
≥85	136.98	3.48			
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	148.71	2.95	≤.001	Z = -4.159*	≤.001
≥4º ano	184.79	1.52			
<b>Rendimento mensal</b>					
≤ 400€	167.19	2.29	.020	Z = -1.866*	ns
>400€	185.63	1.86			
<b>Coabitação</b>					
Vive só	184.22	1.10	≤.001	X <sup>2</sup> = 7.709	.021
Companheiro	174.78	2.18			
Filhos e outros	153.71	2.86			

Teste post hoc

Capacidade funcional	Grupo etário	65-74	75-84	≥85
	65-74		-	.005
	75-84			.011
	Coabitação	Vive só	Companheiro	Filhos e outros
	Companheiro	-		
	Filhos e outros	.002	.035	

### **Discriminação social da pessoa idosa (Ageism Survey)**

Neste estudo, a discriminação social da pessoa idosa apresenta uma média de .18 e um desvio padrão de .21. (quadro 12).

Quadro 12 - Estatística descritiva da discriminação social da pessoa idosa (Ageism Survey)

Discriminação social da pessoa idosa (Ageism Survey)	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo
	.18	.21	.00	1.10

Como se observa no quadro 13, as médias da discriminação social são estatisticamente diferentes nos grupos de idosos analfabetos e com quatro ou mais anos de escolaridade e, nos grupos com diferente rendimento mensal. Pode afirmar-se que os idosos analfabetos e com menor rendimento mensal ( $\leq 400\text{€}$ ) percebem níveis mais elevados de discriminação social.

Quadro 13 - Discriminação social da pessoa idosa e variáveis independentes

Discriminação social da pessoa idosa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Levene (p)</i>	Teste estatístico	<i>p</i>
<b>Género</b>					
<i>Masculino</i>	3.75	4.56	.223	$t = -.481$	<i>ns</i>
<i>Feminino</i>	3.51	4.12			
<b>Grupo etário</b>					
65-74	3.22	4.00	.175	$F = 1.389$	<i>ns</i>
75-84	3.98	4.64			
$\geq 85$	4.00	3.82			
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	194.95	4.71	.010	$Z = -3.408^*$	$\leq .001$
$\geq 4^{\circ}$ ano	157.82	3.86			
<b>Rendimento mensal</b>					
$\leq 400\text{€}$	179.12	4.41	.025	$Z = -2.625^*$	.009
$>400\text{€}$	146.53	3.59			
<b>Coabitação</b>					
Vive só	3.77	4.04	.076	$F = 1.501$	<i>ns</i>
Companheiro	3.17	4.18			
Filhos e outros	4.09	4.65			

\* não é assumida a igualdade de variância

### **Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST)**

No sentido de descrever a percepção do risco de abuso na amostra deste estudo (342 idosos), são apresentados os resultados da estatística descritiva para as dimensões do *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Test Screening* (H-S/EAST) (quadro 14).

Os resultados permitem constatar que na dimensão do *abuso directo* obteve-se um valor médio de 1.10 e um desvio padrão de .17 e, na dimensão *das situações potenciais de abuso* um valor médio de 1.20 e um desvio padrão de .21.

Quadro 14 - Estatística descritiva do risco de abuso nos idosos (H-S/EAST)

Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST)	M	SD	Mínimo	Máximo
Abuso directo	1.10	.17	1,00	1.83
Situações potenciais de abuso	1.20	.21	1,00	2.00

### **Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e género**

Dado que se pretendia examinar se as médias da percepção de risco de abuso nos idosos eram diferentes entre os géneros, efectuaram-se testes *t student* e de Mann-Whitney (quadro 15). Os resultados revelaram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente à percepção de risco de abuso nos idosos. Contudo, pode referir-se que o género masculino apresenta médias ligeiramente superiores na percepção do abuso directo, enquanto no género feminino as médias são superiores na percepção de situações potenciais de abuso.

Quadro 15 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e género

H-S/EAST	Género		Feminino		Levene (p)	t de Student e Mann-Whitney	p
	Masculino	SD	M	SD			
Abuso directo	6.61	1.11	6.58	.95	.269	t = -.289	ns
Situações potenciais de abuso	164.11	1.49	174.79	1.14	.002	Z = -.951*	ns

\* não é assumida a igualdade de variância

### **Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e grupo etário**

A análise da ANOVA (quadro 16), permite concluir que não são estatisticamente significativas as diferenças observadas entre as médias dos grupos etários na percepção de risco de abuso nos idosos.

Quadro 16 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e grupo etário

H-S/EAST	Grupo etário		65-74		75-84		≥85		Levene (p)	ANOVA	p
	M	SD	M	SD	M	SD					
Abuso directo	6.59	1.56	6.58	.93	6.59	1.01	.539	F = .008	ns		
Situações potenciais de abuso	7.16	1.24	7.26	1.19	7.22	1.16	.603	F = .204	ns		

### **Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e escolaridade**

Como se observa no quadro 17, as médias na percepção das situações potenciais de abuso são semelhantes nos grupos de idosos analfabetos e com escolaridade, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas. Já os idosos analfabetos percebem risco de abuso directo estatisticamente significativos mais elevados relativamente àqueles com escolaridade ( $\geq 4^{\circ}$  ano).

Quadro 17 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e escolaridade

H-S/EAST	Escolaridade		Analfabeto		≥4º ano		Levene (p)	t de Student e Mann-Whitney	p
	M	SD	M	SD					
Abuso directo	191.58	1.12	159.78	.91	.017	Z = -3.382*	≤.001		
Situações potenciais de abuso	7.33	1.32	7.13	1.21	.208	t = 1.455	ns		

\* não é assumida a igualdade de variância

### **Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e rendimento mensal**

Conforme o quadro 18, não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos relativamente ao rendimento mensal na dimensão do abuso directo, contudo, na dimensão das situações potenciais de abuso, as médias são significativamente mais elevadas no grupo de idosos com rendimento mensal  $\leq 400\text{€}$ .

Quadro 18 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e rendimento mensal

Rendimento mensal H-S/EAST	≤ 400€		>400€		Levene (p)	t de Student e Mann-Whitney	p
	M	SD	M	SD			
Abuso directo	174.64	1.03	161.22	.88	.031	Z = -1.253*	ns
Situações potenciais de abuso	178.59	1.30	148.28	1.04	.016	Z = -2.513*	.012

\* não é assumida a igualdade de variância

### **Risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e coabitação**

Para determinar se a coabitação influenciava significativamente a percepção de risco de abuso nos idosos, designadamente nas subescalas do abuso directo e das situações potenciais de abuso, recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA (quadro 19). Pode afirmar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos de idoso que vivem sós, com o companheiro(a) e, com os filhos e outros familiares.

Quadro 19 - Comparação das médias de risco de abuso nos idosos (H-S/EAST) e coabitação

H-S/EAST	Coabitação	Vive só		Companheiro		Filhos e outros		Levene (p)	ANOVA	p
		M	SD	M	SD	M	SD			
Abuso directo		6.51	.91	6.59	.1.01	6.67	1.08	.237	F = .623	ns
Situações potenciais de abuso		7.26	1.07	7.11	1.27	7.30	1.37	.220	F = .768	ns

### **Indicadores de abuso nos idosos (QEEA)**

No sentido de descrever a percepção dos indicadores de abuso na amostra de idosos (342), são apresentados os resultados da estatística descritiva para as dimensões do *Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)* (quadro 20).

Os resultados permitem verificar que na dimensão do *abuso físico* obteve-se um valor médio de 1.02 e um desvio padrão de .09; na dimensão do *abuso emocional* um valor médio de 1.14 e um desvio padrão de .19; na dimensão da *negligência* o valor médio situa-se no 1.12 e o desvio padrão .17, e, na dimensão do abuso financeiro a média é de 1.13 e o desvio padrão de .26.

Quadro 20 - Estatística descritiva dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA)

Indicadores de Abuso nos idosos (QEEA)	M	SD	Mínimo	Máximo
Abuso físico	1,02	,09	1,00	1,50
Abuso emocional	1,14	,19	1,00	2,00
Negligência	1,12	,17	1,00	1,75
Abuso financeiro	1,13	,26	1,00	2,00

### **Indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e género**

Dado que se pretendia examinar se as médias da percepção dos indicadores de abuso eram diferentes entre os géneros, efectuaram-se testes *t student* e de Mann-Whitney (quadro 21). Os resultados revelaram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente à percepção dos indicadores de abuso nos idosos. Contudo, pode referir-se que o género feminino apresenta médias ligeiramente superiores na percepção do abuso físico, emocional e na negligência, enquanto no género masculino as médias são superiores no abuso financeiro.

Quadro 21 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e género

QEEA	Género		Feminino		Levene ( <i>p</i> )	<i>t de Student e Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
	Masculino		M	SD			
Abuso físico	4.08	.33	4.10	.35	.287	<i>t</i> = .556	<i>ns</i>
Abuso emocional	163.29	.79	175.04	1.00	.041	<i>Z</i> = -1.12*	<i>ns</i>
Negligência	4.43	.57	4.49	.64	.954	<i>t</i> = .847	<i>ns</i>
Abuso financeiro	182.28	.57	166.86	.48	≤.001	<i>Z</i> = -1.84*	<i>ns</i>

\* não é assumida a igualdade de variâncias

### **Indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e grupo etário**

A análise da ANOVA (quadro 22), permite concluir que não são estatisticamente significativas as diferenças observadas entre as médias dos grupos etários na percepção dos indicadores de abuso nos idosos. As médias apresentadas são ligeiramente superiores no grupo etário de idosos com 85 e mais anos na percepção dos indicadores de abuso físico, emocional e na negligência. Já no abuso financeiro são os mais novos (65-74 anos) que apresentam médias superiores.

Quadro 22 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e grupo etário

Grupo etário QEEA	65 – 74		75 – 84		≥ 85		Levene ( <i>p</i> )	ANOVA	<i>p</i>
	M	SD	M	SD	M	SD			
Abuso físico	4.07	.28	4.10	.37	4.22	.58	.106	F = 2.255	<i>ns</i>
Abuso emocional	5.59	.86	5.77	1.01	5.89	1.09	.249	F = 2.012	<i>ns</i>
Negligência	4.43	.63	4.51	.69	4.56	.75	.479	F = .737	<i>ns</i>
Abuso financeiro	2.29	.54	2.21	.48	2.22	.42	.362	F = 1.018	<i>ns</i>

### **Indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e escolaridade**

Como se observa no quadro 23, as médias nas subescalas do abuso físico, negligência e abuso financeiro são semelhantes nos grupos de idosos analfabetos e com escolaridade, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Os idosos analfabetos percebem níveis mais elevados de abuso emocional quando comparados com os que possuem escolaridade ( $\geq 4^{\circ}$  ano).

Quadro 23 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e escolaridade

Escolaridade QEEA	Analfabeto		$\geq 4^{\circ}$ ano		Levene ( <i>p</i> )	<i>t</i> de Student e Mann-Whitney	<i>p</i>
	M	SD	M	SD			
Abuso físico	174.81	.39	169.57	.32	.042	Z = -1.029*	<i>ns</i>
Abuso emocional	5.87	1.00	4.08	.89	.317	t = 2.864	.004
Negligência	4.52	.70	4.44	.65	.235	t = 1.063	<i>ns</i>
Abuso financeiro	2.25	.52	2.25	.51	.933	t = -.012	<i>ns</i>

\* não é assumida a igualdade de variância

### **Indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e rendimento mensal**

Conforme o quadro 24, não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos relativamente ao rendimento mensal, contudo, as médias são mais elevadas no grupo de idoso com rendimento mensal mais baixo ( $\leq 400\text{€}$ ) em todos os tipos de abuso.

Quadro 24 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e rendimento mensal

Rendimento mensal QEEA	≤ 400€		>400€		Levene (p)	t de Student e Mann-Whitney	p
	M	SD	M	SD			
Abuso físico	4.10	.35	4.09	.33	.708	t = .179	ns
Abuso emocional	173.38	.35	165.35	.33	.049	Z = -.707*	ns
Negligência	4.48	.68	4.44	.63	.274	t = .555	ns
Abuso financeiro	2.26	.52	2.24	.48	.462	t = -.338	ns

\* não é assumida a igualdade de variância

### **Indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e coabitação**

Para determinar se a coabitação influenciava significativamente a percepção dos indicadores de abuso nos idosos, designadamente ao abuso físico, emocional e financeiro, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* complementado com as comparações múltiplas das médias das ordens mediante a aplicação do teste *post hoc LSD de Fisher* e na subescala da negligência a ANOVA (quadro 25).

Pode afirmar-se que a coabitação aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas no abuso emocional e financeiro. Os idosos que coabitam com o companheiro(a) apresentam médias das ordens estatisticamente mais baixas no abuso emocional, relativamente àqueles que vivem com os filhos e outros familiares. Também na dimensão do abuso financeiro, os idosos que vivem sós percebem médias estatisticamente significativas mais baixas comparativamente aos idosos que coabitam com o companheiro(a) e, com os filhos e outros familiares.

Quadro 25 - Comparação das médias dos indicadores de abuso nos idosos (QEEA) e coabitação

Coabitação QEEA	Vive só		Companheiro		Filhos e outros		Levene (p)	ANOVA e Kruskall- Wallis	p
	M	SD	M	SD	M	SD			
Abuso físico	169.58	.25	18.21	.27	178.85	.50	.042	X <sup>2</sup> = 3.449	ns
Abuso emocional	181.51	.83	157.81	.82	184.68	1.17	.002	X <sup>2</sup> = 6.947	.031
Negligência	4.53	.75	4.43	.61	4.50	.67	.469	F = .759	ns
Abuso financeiro	144.48	.25	172.69	.55	195.28	.57	<.001	X <sup>2</sup> = 23.280	≤.0001

Teste *post hoc*

QEEA	Coabitação	Vive só	Companheiro	Filhos e outros
Abuso emocional	Companheiro			-
	Filhos e outros	-	.004	-
Abuso financeiro	Companheiro	.002	-	.045
	Filhos e outros	>.0001	-	

O quadro 26 apresenta os resultados do coeficiente de correlação *r* de Pearson das variáveis maus tratos (risco de abuso e os indicadores de abuso nos idosos), discriminação social e capacidade funcional para a amostra global.

Como se pode observar, todas as correlações são estatisticamente significativas ( $p < .05$ ,  $p < .01$  ou  $p < .001$ ) e positivas nas várias dimensões das escalas dos maus tratos, ou seja, as subescalas do H-S/EAST e as subescalas do QEEA, as quais avaliam o risco de abuso no idoso e os indicadores de abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso financeiro, respectivamente. Pode afirmar-se que os idosos com maior risco de abuso apresentam também indicadores de abuso físico, emocional, negligência e abuso financeiro.

No que diz respeito à capacidade funcional, observam-se correlações significativas e negativas com as situações potenciais de abuso e com os indicadores de abuso físico e emocional, ou seja, esta variável tende a evoluir em sentido oposto das restantes. Assim, os idosos mais dependentes percebem níveis mais elevados de situações potenciais de abuso e de indicadores de abuso físico e emocional.

Pode concluir-se ainda, que relativamente à discriminação social as correlações mais elevadas verificam-se quando os idosos percebem maior risco de abuso directo, de situações potenciais de abuso e de indicadores de abuso emocional. Contudo, verifica-se que são propensos a evidenciar mais experiências de discriminação social relacionadas com a idade avançada, os idosos com maior percepção de indicadores de abuso físico, financeiro e negligência.

Quadro 26 - Matriz de correlações entre os maus tratos, capacidade funcional e discriminação social da pessoa idosa

Variáveis	Abuso directo	Situações potenciais de abuso	Abuso físico	Abuso emocional	Negligência	Abuso financeiro
Abuso directo						
Situações potenciais de abuso	.442**					
Abuso físico	.432**	.382**				
Abuso emocional	.455**	.551**	.450**			
Negligência	.267**	.190**	.112*	.319**		
Abuso financeiro	.240**	.134*	.147**	.223**	.162**	
Capacidade funcional	-.092	-.137*	-.204**	-.170**	-.063	-.009
Discriminação social	.363**	.351**	.176**	.396**	.268**	.137*

p<.05\*    p<.01\*\*    p<.001\*\*\*

H-S/EAST: Abuso directo e Situações potenciais de abuso

QEEA: Abuso físico; Abuso emocional; Negligência e Abuso financeiro

## **CAPÍTULO III – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

## 1. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo constitui uma mediação entre a teoria e a investigação quantitativa não experimental acerca dos maus tratos na pessoa idosa. Este fenómeno perdura perante uma tolerância social silenciosa e com graves repercussões na vida da pessoa idosa. Na verdade, a prevenção e a intervenção têm incidido principalmente, nas crianças e mulheres. Por esta razão, torna-se prioritário investir na pesquisa deste fenómeno, para melhor compreendermos este grave problema, pois se as situações de maus tratos na pessoa idosa não forem prevenidas, detectadas e devidamente encaminhadas, seremos cúmplices na perpetuação deste problema.

Da reflexão sobre este fenómeno social, propôs-se estudar as características psicométricas da escala Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, cujo instrumento avalia o risco de abuso no idoso, validada nos EUA por Neale, Hwalek, Sengstock, Scott e Stahl (1990), analisar a influência da capacidade funcional da pessoa idosa na percepção dos maus tratos, como também, analisar a influência da discriminação social da pessoa idosa na percepção dos maus tratos.

A amostra foi do tipo probabilística, estratificada por concelho e aleatória por freguesias, constituída por 342 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; conscientes e orientadas no tempo e no espaço, sem défice cognitivo, inscritas nos centros de saúde da RAM e não institucionalizadas.

Seleccionaram-se como variáveis independentes o grupo etário, o género, a escolaridade, o rendimento mensal e a coabitação e, para conhecer o perfil dos inquiridos, foram também tidas em conta as variáveis estado civil, filhos, profissão e consumo de bebidas alcoólicas.

No presente estudo verifica-se maior percentagem do género feminino em qualquer dos grupos etários, valores que corroboram os dados estatísticos do INE (2002), em que o envelhecimento é mais evidente nas mulheres, em consequência da sobremortalidade masculina. A idade média dos 342 idosos envolvidos no estudo é de 74.59 anos com um desvio padrão de 6.526 anos, valor que comprova os dados divulgados pela DRE da Madeira (2009), em que a esperança de vida à nascença para a população residente na RAM, foi de 74.07 anos.

Procedendo das variáveis designadas pelos autores: Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), Alves e Novo (2004), Hwalek e Sengstock (1990), e, Alves e Sousa

(2005), como importantes para o estudo da percepção acerca dos maus tratos na pessoa idosa, foram consideradas as variáveis independentes capacidade funcional e a discriminação social da pessoa idosa.

Na amostra de 342 idosos madeirenses, o Índice de Barthel, instrumento de medida escolhido para avaliação da capacidade funcional do idoso, apresentou uma boa consistência interna, .873, avaliada através do cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach*, para os 10 itens da escala.

Constatou-se que a maior percentagem dos idosos em estudo encontra-se na subcategoria *independência total* com 72.8%, seguido da subcategoria *dependência moderada* com 24.3% e, com menor percentagem a subcategoria *total dependência* com .9%.

Na capacidade funcional, confirma-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos das variáveis grupo etário, escolaridade e coabitação.

Os idosos com escolaridade mais elevada ( $\geq 4^{\circ}$  ano) são mais independentes quando comparados com os analfabetos. Também o grupo dos mais idosos ( $\geq 85$  anos) são mais dependentes relativamente aos mais novos, quer sejam do grupo etário dos 65 aos 74, quer dos 75 aos 84 anos; este resultado corrobora os dados obtidos por Imaginário (2008), num estudo realizado no concelho de Boticas ao idoso dependente em contexto familiar, no qual o grau de dependência era tanto maior quanto mais elevado era o grupo etário. Conclui-se, ainda, que os idosos que vivem sós e com o companheiro(a) apresentam médias estatisticamente mais elevadas na capacidade funcional, isto é, são mais independentes em comparação àqueles que vivem com os filhos e outros familiares, visto que os idosos mais dependentes necessitam de ajuda na realização das actividades de vida diárias para a sua sobrevivência.

No presente estudo, para avaliação da discriminação social da pessoa idosa foi utilizado o instrumento de medida Ageism Survey. A consistência interna obtida pelo coeficiente *alfa de Cronbach* para os 20 itens deste instrumento foi de .774.

Recorrendo à estatística descritiva, a discriminação social da pessoa idosa apresenta uma média de .18 e um desvio padrão de .21.

As médias da discriminação social são estatisticamente diferentes nos grupos de idosos analfabetos e com quatro ou mais anos de escolaridade e, nos grupos com diferente rendimento mensal. Pode afirmar-se que os idosos analfabetos e com menor rendimento mensal ( $\leq 400\text{€}$ ) percebem níveis mais elevados de discriminação social, o que vai de encontro com o estudo de Couto, Koller, Novo e Soares (2009), numa amostra de 111 sujeitos brasileiros, no qual o nível sócio-económico revelou-se

uma variável diferenciadora relativamente à discriminação social, isto é, quanto menos satisfeito o idoso está com o seu nível sócio-económico, mais impacto tem a variável discriminação social, contudo, no que diz respeito às variáveis género, idade e escolaridade com a percepção de discriminação social, não foi detectadas diferenças estatisticamente significativas. Porém, no estudo de Alves e Novo (2006), nos distritos de Braga, Porto e Lisboa, utilizando uma amostra de 324 idosos, encontraram uma baixa relação entre a percepção de discriminação social e a escolaridade, o mesmo acontece com a variável estado civil, isto é, os idosos de diferentes estados civis parecem perceber de forma idêntica a discriminação social e, uma nula relação entre a percepção de discriminação social e o género, já no que se refere à variável idade, esta é um factor mais relevante de discriminação em termos sociais, ou seja, existe uma significativa associação entre a percepção de discriminação social e a idade.

Não obstante das distintas terminologias que possam ser dadas aos termos maus tratos e abuso, no presente estudo, são utilizados como sinónimos. Neste sentido, os maus tratos na pessoa idosa, variável dependente, foi avaliada com base nas dimensões do risco de abuso nos idosos (abuso potencial e violação dos direitos pessoais ou abuso directo) e nas dimensões dos indicadores de abuso (abuso físico, emocional, financeiro e negligência), através dos instrumentos de medida *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Test Screening* (H-S/EAST) e do Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA), respectivamente.

Quanto à escala de risco de abuso nos idosos (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*), foram executados estudos acerca das características psicométricas através da validade e da fidedignidade, com o objectivo de determinar a confiança com que os resultados do estudo podem ser interpretados.

O estudo da fidedignidade foi efectuado através da consistência interna e da correlação item-restante. Para determinar a validade das escalas utilizou-se a validade de *constructo*. Utilizou-se a análise factorial em componentes principais (ACP), seguida de rotação ortogonal pelo método *varimax*.

De relembrar, a eliminação de três (3) itens, relativamente aos 15 da escala original. Dado o conteúdo teórico dos itens, na presente amostra, não é contemplada a subescala das *características do idoso que o torna vulnerável ao abuso*, ficando o primeiro e o segundo factor constituídos por igual número de itens (seis), cujas designações são, respectivamente: *violação dos direitos pessoais ou abuso directo e características de situações potenciais de abuso*.

Os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach da escala H-S/EAST sugere um índice de consistência interna aceitável, .72 para o global da escala, .63 na subescala

da violação dos direitos pessoais ou abuso directo e .57 na subescala das características de situações potenciais de abuso.

Os resultados permitem constatar que na dimensão do *abuso directo* obteve-se um valor médio de 1.10 e um desvio padrão de .17 e, na dimensão *das situações potenciais de abuso* um valor médio de 1.20 e um desvio padrão de .21.

Dado que se pretendia examinar se as médias da percepção de risco de abuso nos idosos eram diferentes entre os géneros, efectuaram-se testes *t student* e de Mann-Whitney. Os resultados revelaram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente à percepção de risco de abuso nos idosos. Contudo, pode referir-se que o género masculino apresenta médias ligeiramente superiores na percepção do abuso directo, enquanto no género feminino as médias são superiores na percepção de situações potenciais de abuso.

A análise da ANOVA, permite concluir que não são estatisticamente significativas as diferenças observadas entre as médias dos grupos etários na percepção de risco de abuso nos idosos.

As médias na percepção das situações potenciais de abuso são semelhantes nos grupos de idosos analfabetos e com escolaridade, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas. Já os idosos analfabetos percebem situações de abuso directo estatisticamente significativos mais elevados relativamente àqueles com escolaridade ( $\geq 4^{\circ}$  ano). De acordo com Magalhães (2010), possuir um baixo nível educacional constitui um factor de risco para o idoso.

Não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos relativamente ao rendimento mensal na dimensão do abuso directo, contudo, na dimensão das situações potenciais de abuso, as médias são significativamente mais elevadas no grupo de idosos com rendimento mensal  $\leq 400\text{€}$ . Na opinião da autora supramencionada, um idoso com escassos recursos económicos, também constitui um factor de risco para o mesmo.

Para determinar se a coabitação influenciava significativamente a percepção de risco de abuso nos idosos, designadamente nas subescalas do abuso directo e das situações potenciais de abuso, recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA. Pode afirmar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos de idoso que vivem sós, com o companheiro(a) e, com os filhos e outros familiares.

No que diz respeito às dimensões dos indicadores de abuso nos idosos (abuso físico, emocional, financeiro e negligência), avaliado através do instrumento QEEA, Alves e Sousa (2005) justificam a não apresentação dos resultados de consistência interna deste instrumento, pelo facto da amostra ser reduzida, alertando para a necessidade de realização de mais estudos, aumentando as amostras e usando

outros instrumentos de colheita de dados que avaliem também os maus tratos na pessoa idosa.

No presente estudo a consistência interna obtida pelo coeficiente *alfa de Cronbach* para os 15 itens da escala foi de .338, o qual é considerado abaixo de valores aceitáveis. Contudo, optou-se pela sua utilização, não só por se tratar de uma escala importante no presente estudo, como também pelo facto dos autores da sua tradução e adaptação para a população portuguesa considerarem que o conjunto dos itens proporcionam possíveis indicadores de abuso na população idosa. Assim os resultados obtidos serão objecto de reflexão e comparados com os dados do H-S/EAST, cuja alfa foi de .72.

Os resultados permitem verificar que na dimensão do *abuso físico* obteve-se um valor médio de 1.02 e um desvio padrão de .09; na dimensão do *abuso emocional* um valor médio de 1.14 e um desvio padrão de .19; na dimensão da *negligência* o valor médio situa-se no 1.12 e o desvio padrão .17, e, na dimensão do abuso financeiro a média é de 1.13 e o desvio padrão de .26. No estudo de Vergueiro e Lima (2010), realizado nos concelhos de Catanhede e de Coimbra, com uma amostra de 33 idosos, os indicadores de abuso emocional foram os que revelaram maior frequência seguindo-se dos indicadores de negligência, resultados que corroboram o estudo realizado por Fernandes e Dionísio (2010) nos concelhos de Vouzela e de São Martinho do Bispo, com uma amostra de 131 idosos. Ao passo que nos EUA, no estudo *National Elder Abuse Incidence Study* (NEAIS, 1998), 48,7% dos idosos americanos sofrem de negligência; seguida do abuso emocional com 35,5%. No que se refere ao abuso físico, quer seja no estudo de Fernandes e Dionísio (2010) ou no NEAIS (1998), este tipo de abuso figura com menor percentagem, 24.4% e 25.6%, respectivamente, o que vai de encontro com o presente estudo.

Dado que se pretendia examinar se as médias da percepção dos indicadores de abuso eram diferentes entre os géneros, efectuaram-se testes *t student* e de Mann-Whitney. Os resultados revelaram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente à percepção dos indicadores de abuso nos idosos. Contudo, pode referir-se que o género feminino apresenta médias ligeiramente superiores na percepção do abuso físico, emocional e na negligência, enquanto no género masculino as médias são superiores no abuso financeiro. Estes resultados corroboram os resultados obtidos por Fernandes e Dionísio (2010). No estudo de Alves e Sousa (2005), na cidade de Braga, com uma amostra de 82 participantes, também concluíram que a negligência atinge significativamente mais as mulheres, enquanto que no abuso emocional, o género não parece estar relacionado

com este tipo de mau trato e, no que se refere à associação do abuso financeiro ou abuso físico, com o género, esta não é significativa.

A análise da ANOVA, permite concluir que não são estatisticamente significativas as diferenças observadas entre as médias dos grupos etários na percepção dos indicadores de abuso nos idosos. As médias apresentadas são ligeiramente superiores no grupo etário de idosos com 85 e mais anos na percepção dos indicadores de abuso físico, emocional e na negligência. Já no abuso financeiro são os mais novos (65-74 anos) que apresentam médias superiores. Alves e Sousa (2005) referem que a negligência não parece ser significativamente diferente consoante os diferentes grupos etários, já o abuso emocional e físico, parece estar significativamente associado com a idade, ou seja, o abuso emocional e físico aumenta com o avançar da idade.

As médias nas subescalas do abuso físico, negligência e abuso financeiro são semelhantes nos grupos de idosos analfabetos e com escolaridade, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Os idosos analfabetos percebem níveis mais elevados de abuso emocional quando comparados com os que possuem escolaridade ( $\geq 4^{\circ}$  ano).

Não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos relativamente ao rendimento mensal, contudo, as médias são mais elevadas no grupo de idoso com rendimento mensal mais baixo ( $\leq 400\text{€}$ ) em todos os tipos de abuso. Este resultado corrobora os dados obtidos por Fernandes e Dionísio (2010), um nível sócio-económico mais desfavorável torna-se num factor precipitante na perpetração do abuso contra os idosos.

Para determinar se a coabitação influenciava significativamente a percepção dos indicadores de abuso nos idosos, designadamente ao abuso físico, emocional e financeiro, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* complementado com as comparações múltiplas das médias das ordens mediante a aplicação do teste *post hoc LSD de Fisher* e na subescala da negligência a ANOVA. Pode afirmar-se que a coabitação aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas no abuso emocional e financeiro. Os idosos que coabitam com o companheiro(a) apresentam médias das ordens estatisticamente mais baixas no abuso emocional, relativamente àqueles que vivem com os filhos e outros familiares. Também na dimensão do abuso financeiro, os idosos que vivem sós percebem médias estatisticamente significativas mais baixas comparativamente aos idosos que coabitam com o companheiro(a) e, com os filhos e outros familiares. Dias (2004) citando Vinton (1992), afirma que o mau trato é três vezes superior entre as pessoas idosas que vivem com outra pessoa relativamente às que vivem sós. Como nos

explica, o nível relacional do modelo ecológico, as relações com companheiros ou membros da família, na qual existe uma interação de convivência próxima, são factores que aumentam a possibilidade de acontecer o abuso contra a pessoa idosa. Porém, para Barnett, Perrin e Perrin (1997) referenciado por Dias (2004), defende que as mulheres idosas que vivem sós, constitui um factor de risco que potenciam o abuso contra as mesmas.

Numa última análise, a partir dos resultados do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson das variáveis maus tratos (risco de abuso e os indicadores de abuso nos idosos), discriminação social e capacidade funcional para a amostra global, verificou-se que todas as correlações são estatisticamente significativas ( $p < .05$ ,  $p < .01$  ou  $p < .001$ ) e positivas nas várias dimensões das escalas dos maus tratos, ou seja, as subescalas do H-S/EAST e as subescalas do QEEA, as quais avaliam o risco de abuso no idoso e os indicadores de abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso financeiro, respectivamente. Pode afirmar-se que os idosos com maior risco de abuso apresentam também indicadores de abuso físico, emocional, negligência e abuso financeiro.

No que diz respeito à capacidade funcional, observam-se correlações significativas e negativas com as situações potenciais de abuso e com os indicadores de abuso físico e emocional, ou seja, esta variável tende a evoluir em sentido oposto das restantes. Assim, os idosos mais dependentes percebem níveis mais elevados de situações potenciais de abuso e de indicadores de abuso físico e emocional. Na opinião de Pires (2009), a progressiva dependência, expõe as pessoas idosas vulneráveis a situações de maus tratos físicos e verbais, na sua relação com os seus familiares e pessoas significativas.

Pode concluir-se ainda, que relativamente à discriminação social as correlações mais elevadas verificam-se quando os idosos percebem maior risco de abuso directo, de situações potenciais de abuso e de indicadores de abuso emocional. Vergueiro e Lima (2010) obtiveram valores elevados na correlação entre indicadores relativos ao abuso emocional, pontuações elevadas no item 4, *chamaram-lhe um nome insultuoso relativa à sua idade*, do Ageism Survey. Contudo, no presente estudo, verifica-se que são propensos a evidenciar mais experiências de discriminação social relacionadas com a idade avançada, os idosos com maior percepção de indicadores de abuso físico, financeiro e negligência. Vergueiro e Lima (2010) concluíram existir uma correlação positiva entre os indicadores de negligência e os diversos itens do Ageism Survey, isto é, um aumento de indicadores de negligência associa-se a um aumento das situações de discriminação social devida à idade. Neste estudo, os autores concluíram que alguns dos itens do Ageism Survey

(4, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18 e 19) correlacionaram-se positivamente com os indicadores de abuso nos idosos do instrumento QEEA, ou seja, quanto mais vezes os idosos foram vítimas destes comportamentos de discriminação social, mais indicadores de abuso preenchem.

A partir dos resultados obtidos reconhece-se a importância de investir na promoção do respeito e segurança da pessoa idosa, na prevenção primária, secundária e terciária sobre os maus tratos, especialmente nos idosos com idade mais avançada, analfabetos, dependentes e que possuam condições económicas precárias.

As conclusões deste estudo sugerem também a necessidade de se continuar a realizar pesquisa nesta área, de modo a que, as intervenções sejam eficientes, eficazes e baseadas cientificamente.

Face o exposto, seria útil conjugar esforços entre os poderes políticos locais, instituições públicas e privadas para a criação de um Centro de Apoio à Pessoa Idosa Vítima de Maus Tratos, na RAM.

Sugere-se ainda, a realização de um estudo de investigação acerca dos maus tratos na pessoa idosa institucionalizada, utilizando as escalas Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test e Questions to Elicit Elder Abuse, pretendendo com isto, a comparação dos resultados com o presente estudo.

Espera-se que a nossa sociedade reflecta criticamente sobre os seus actos e apure a sua visão ética (Karli, 2008), com base num rico substrato assente nos valores da vida. É importante a pessoa idosa sentir que a sua dignidade e a pertença a uma família e a uma sociedade, lhe sejam plenamente reconhecidas, através da presença sublime do calor humano (Karli, 2008).

Magalhães (2010) aconselha o Estado, as instituições, os profissionais, os investigadores, que apoiam as vítimas de maus tratos, que estejam bem informados acerca deste fenómeno e sobre as estratégias e soluções existentes em cada comunidade dispondo-se a identificar, tratar e prevenir. Só com empenho de todos será possível alcançar este desejo fácil de idealizar mas muito difícil de concretizar, dada a complexidade desta problemática.

Neste sentido, uma das soluções para evitar a vulnerabilidade da pessoa idosa aos maus tratos, é mantê-la activa e produtiva para continuar a desempenhar um papel importante na sociedade, na comunidade e na família. Outra solução é de promover um clima contrário à discriminação por motivo de idade, fomentando a independência, a participação e a dignidade da pessoa idosa.

Contudo, apesar do progresso na investigação e adopção de medidas na luta contra os maus tratos nas pessoas idosas, estas não terão efeito sem um compromisso político, com base nos direitos humanos e apoio jurídico favorável à protecção e segurança da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, J. F. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos. Universidade do Minho. Edição Internet.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20c%20neglig%20c%20Ancia%20-%20ciencias%20criminais.pdf>. (Acedido a 26 Novembro 2009).

Alves, J. F. & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. Departamento de Psicologia da Universidade do Minho. Edição Internet. <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3734.pdf>. (Acedido a 26 Novembro 2009).

Alves, J. F. & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 65-77. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33760105.pdf>. (Acedido a 16 Novembro 2010).

Andrade, J. H. (2002). *Saúde na Terceira Idade*. Cascais: Pergaminho.

Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. [http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05\\_02\\_2007.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf). (Acedido a 20 Novembro 2010).

Berger, L. (1995). Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In Louise Berger, M. & Danielle Mailloux-Poirier (Eds), *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global* (pp.123-155). Lisboa: Lusodidacta.

Bernal, A. M. & Gutiérrez, J. B. (2005). Malos Tratos a personas mayores: Guía de actuación. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Observatorio de Personas Mayores. Edição Internet. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>. (Acedido a 4 Janeiro 2011).

Biscaia, J. (2001). O cuidar da pessoa doente em situação de dependência. *Cadernos de Bioética: Repensar a Ética Hipocrática. Priões que matam ou talvez não – Afectos*, (26) 101-111.

Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Tese de Doutoramento em Fisiologia. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Bryman, A. & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em Ciências Sociais. Introdução às Técnicas utilizando o SPSS para Windows*. 3ª Edição. Oeiras: Celta Editora.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

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

CÓDIGO PENAL. (2009). Edição: Verbo Jurídico.  
<http://www.verbojuridico.com/download/codigopenal2009-v1.pdf>. (Acedido a 24 Março 2011).

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. (2001). *O Futuro dos Cuidados de Saúde e dos Cuidados para as Pessoas Idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira*. Bruxelas. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:PT:PDF>. (Acedido a 25 Outubro 2010).

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. VII Revisão Constitucional (2005).  
<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>. (Acedido a 24 Março 2011).

Couto, M. C. P. P.; Koller, S. H.; Novo, R. & Soares, P. S. (2009). Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro – Ageísmo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (4), 509-518. Edição Internet. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000400006&script=sci_arttext). (Acedido a 16 Novembro 2010).

Dahlberg, L. L. & Krug, E. G. (2002). Violência – um problema global de saúde pública. In Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 3-22). Genebra: Organização Mundial da Saúde.  
<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. (Acedido a 18 Outubro 2010).

Dias, I. (1998, Março). *Exclusão Social e Violência Doméstica: que relação?* Comunicação apresentada no I Congresso Português de Sociologia Económica, Lisboa: (s.n.). (pp. 189-205). Edição Internet.  
<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1457.pdf>. (Acedido a 4 Novembro 2010).

Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, (36) 33-61.

Dias, I. (2005). Envelhecimento e Violência contra Idosos. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, (15) 249-273. Edição Internet.  
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/8789/2/3731.pdf>. (Acedido a 4 Novembro 2010).

Dias, M. I. C. (2009). Os Maus-Tratos aos Idosos: abordagem conceptual e intervenção social. Edição Internet.  
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17982/2/sumariodalicao000078852.pdf>. (Acedido a 21 Março 2011).

Direcção Regional de Estatística da Madeira. (2009). *Anuário Estatístico da Região Autónoma da Madeira 2008*. Funchal: Direcção Regional de Estatística.

Escribano-Aparicio, M.V.; Pérez-Dively, M.; Garcia-García, F.J.; Pérez-Martín, A.; Romero, L.; Ferrer G.; Martín-Correa, E. & Sánchez-Ayala, M.I. (1999). Validación del MMSE de Folstein en una población española de bajo nível educativo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (34) 6, 311-368.

Fernandes, C. M. S. & Dionisio, R. M. T. (2010, Fevereiro). *Violência na Pessoa Idosa Inserida na Família*. Comunicação apresentada nas Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho. (pp. 523-537). Minho: (s.n.).  
[http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront\\_10.pdf](http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_10.pdf). (Acedido a 4 Novembro 2010).

Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento: algumas questões de bioética. *Cadernos de Bioética: Famílias disfuncionais e a lei de protecção de crianças e jovens*, (40) 105-121.

Fortin, M.F., Côté, J. & Vissandjée, B. (2009). A Investigação Científica. In Fortin, Marie-Fabienne (2009). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização* (pp. 15-24). 5ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fortin, M.F. (2009). Os Objectivos da Investigação e as suas Questões ou Hipóteses. In Fortin, Marie-Fabienne (2009). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização* (pp. 99-110). 5ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fortin, M.F. & Nadeau, M. (2009). A Medida em Investigação. In Fortin, Marie-Fabienne (2009). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização* (pp. 215-237). 5ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Freitas, J.M.; Mendes, F. & Mendonça, L. (2003). *A Pessoa Idosa, Vítima de Maus Tratos*. Funchal: Núcleo de Investigação de Enfermagem da Madeira.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade. Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

Goicoechea, P. H. (2009). *Amor y Violencia. La dimensión afectiva del maltrato*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar. Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Informal*. 2ª Edição. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Portugal. Edição Internet. [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=107198&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107198&att_display=n&att_download=y). (Acedido a 4 Novembro 2010).

Instituto Nacional de Estatística. (2010). Estimativas de População Residente 2009. Portugal. Edição Internet. <http://www.ine.pt>. (Acedido a 26 Maio 2011).

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. Portugal. Edição Internet. <http://metaweb.ine.pt/sine/default.aspx>. (Acedido a 10 Agosto 2011).

Kalache, A. & Perel L., S. (2002). La OMS y la prevención del abuso de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (37) 6, 289-290.

Karli, P. (2008). *As Raízes da Violência. Reflexões de um neurobiologista*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lage, M. I.. (2002, Outubro). Saúde e Envelhecimento: os idosos e os seus cuidadores. In Leal, Isabel; Cabral, Inês Pina & Pais-Ribeiro, José (Eds), Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – *A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida* (pp.193-199). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In Constança Paúl & António M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Marmolejo, I. I. (2008). *Maltrato de personas Mayores en la Familia en España*. (Informe del Centro Reine Sofia). Valência: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violência.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Minayo, M. C. S. (2003). Violência contra Idosos: Relevância para um velho problema. *Caderno Saúde Pública*, (19) 3, 783-791. Edição Internet. <http://www.scribd.com/doc/7284807/Violencia-Contra-Idosos-Relevancia-Velho-Problema>. (Acedido a 26 Novembro 2009).

Minichiello, V.; Browne, J. & Kending, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*, (20) 253-278.  
[http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FASO%2FASO20\\_03%2FS0144686X99007710a.pdf&code=ef4a842dc2a58af7b38b329bcd41b762](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FASO%2FASO20_03%2FS0144686X99007710a.pdf&code=ef4a842dc2a58af7b38b329bcd41b762). (Acedido a 20 Maio 2011).

NAÇÕES UNIDAS. Conselho Económico e Social. (2002). *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Nova Iorque. <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/ecn52002pc2.pdf>. (Acedido a 25 Outubro 2010).

NAÇÕES UNIDAS. II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. (2002). Madrid.  
<http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>. (Acedido a 20 Maio 2011).

Nazareth, J.M. (2009). *Crescer e Envelhecer. Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

Neale, A. V.; Hwalek, M. A.; Scott, R. O.; Sengstock, M. C. & Stahl, C. (November, 1990). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. Paper presented at the 43<sup>rd</sup> Annual Meeting of the Gerontological Society of American. Boston.

Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, (61) 2, 207-221.

Nunnally, J. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. 3<sup>th</sup> ed. United States. America: McGraw-Hill.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. (2009). *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*. Edadismo en Estados Unidos, (40). IMSERSO. Edição Internet.  
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenevejec40.pdf>. (Acedido a 21 Janeiro 2011).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. (Acedido a 18 Outubro 2010).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. REDE INTERNACIONAL PARA A PREVENÇÃO DO ABUSO NO IDOSO. (2002). Vocês ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (37) 6, 319-331.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. UNIVERSIDADE DE TORONTO Y DE RYERSON. REDE INTERNACIONAL PARA A PREVENÇÃO DO ABUSO NO IDOSO (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (37) 6, 332-333.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In Constança Paúl & António M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Porto, I. & Koller, S. H. (2008). Violência contra Idosos Institucionalizados. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, (9) 1, 1-9. Edição Internet. <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v9n1a02.pdf>. (Acedido a 27 Fevereiro 2010).

PORTUGAL. Câmara Municipal da Amadora. Conselho Local de Acção Social. Pires, S. (2009). *Violência sobre os Idosos*. Amadora: CLAS. <http://www.redesocial-amadora.com/site/files/viol%EAncia%20sobre%20Idosos%20-%20Estudo%20Final.pdf>. (Acedido a 20 Outubro 2010)

PORTUGAL. Diário da República (9 de Março de 1978). *Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948* (pp. 489-493). <http://www.dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>. (Acedido a 25 Outubro 2010).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2 Julho 2004). Circular Normativa nº 13/DGCG: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direcção Geral da Saúde.* <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>. (Acedido a 24 Novembro 2010).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (16 Setembro 2009). Lei n.º 112/2009. *Diário da República, 1ª Série, nº 180* (pp. 6550-6561). <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/09/18000/0655006561.pdf>. (Acedido a 10 de Janeiro 2011).

PORTUGAL. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. (6 Junho 2006). Decreto-Lei nº 101/2006. *Diário da República –I Série-A* (pp. 3856-3865). <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao/1012006.pdf>. (Acedido a 26 Maio 2011).

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. (2003). *Plano Regional de Saúde*. Funchal: SRAS.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. (2009). *Plano Gerontológico da R.A.M. 2009-2013 – Viver Mais, Viver Melhor*. Funchal: SRAS.

Renaud, M. (1997). Solicitude e vulnerabilidade. *Cadernos de Bio-Ética*, (13) 5-14.

Renaud, I. (2005). Fragilidade e Vulnerabilidade. *Cadernos de Bioética: Aspectos éticos da saúde mental. Direitos dos filhos. Dignidade e direitos do embrião*, (39) 405-416.

Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social. Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. São Paulo: Atlas.

Rodrigues, R. A. P.; Diogo, M. J. D. & Barros T. R. (1996). O Envelhecimento do Ser Humano. In Rodrigues, R. A. P. & Diogo, M. J. D., *Como Cuidar dos Idosos* (pp. 11-16). São Paulo: Papyrus.

ROJO, G. P. (2004). Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. *Informes Portal*, Madrid, (16). Edição Internet.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>.

(Acedido a 13 Março 2011).

Rojo, G. P. (2006). *Malos Tratos a personas Mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Sociedad española de Geriatria y Gerontologia (SEGG). Organización Mundial de la Salud (OMS). Espanha. Edição Internet.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-informemaltrato-01.pdf> (Acedido a 29 Maio 2011).

ROJO, G. P. (2007). Maltrato hacia personas mayores en al ámbito comunitario.

*Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, (31). IMSERSO. Edição Internet.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobrenevejec31.pdf>. (Acedido a 13 Março 2011).

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

Silva, E. B. N. & Neri, A. L. (1993). Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In Anita Liberalesso Neri. *Qualidade de Vida e Idade Madura* (pp. 213-236). Campinas: Papyrus.

Souza, A. S.; Meira, E. C.; Neri, I. G.; Silva, J. A. & Gonçalves, L. H. T. (2004).

Factores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos sobre Envelhecimento*, (7) 2.

[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282004000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200005&lng=pt&nrm=iso).

(Acedido a 4 Novembro 2010).

THE NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE AT THE AMERICAN PUBLIC HUMAN SERVICES ASSOCIATION. (1998). The National Elder Abuse Incidence Study.

[http://aoa.gov/AoA\\_Programs/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/docs/ABuseReport\\_Full.pdf](http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf).

(Acedido a 25 Outubro 2010).

Vergueiro, M. E. & Lima, M. P. (2010, Fevereiro). *O Ageísmo e os Maus-tratos contra a Pessoa Idosa*. Comunicação apresentada nas Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho. (pp. 494-509). Minho (s.n.). [http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront\\_8.pdf](http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_8.pdf). (Acedido a 4 Novembro 2010).

Wolf, R.; Daichman, L. & Bennett, G. (2002). Abuso de Idosos. In Krug, E. G; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 125-144). Genebra: Organização Mundial da Saúde. <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. (Acedido a 18 Outubro 2010).

WOLF, R. S. & PILLEMER, K.A. (1989). *Helping Elderly Victims – The Reality of Elder Abuse*, New York: Columbia University Press.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

## **ANEXOS**

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO  
SESARAM, E.P.E.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde  
do  
SESARAM,EPE

Parecer nº 22/2011

V/B  
5/5/11  
V.

**O Pedido:**

Recebido do Conselho de Administração e da Direcção de Enfermagem, pedido de autorização de Isis da Costa Pestana Castro, Enfermeira a exercer funções no Internamento de Longa Duração de S. Vicente, para realizar um Estudo de Investigação subordinado ao tema "Maus Tratos na Pessoa Idosa na Região Autónoma da Madeira", no âmbito da sua Tese de Mestrado em Gerontologia.

**Parecer:**

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Santos, Médico, Dr.ª Joana Dias, Juíza, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Dr.ª Raquel Tranquada, Médica e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 05 de Abril de 2011, decidiu, por unanimidade, dar parecer favorável ao pedido acima identificado, por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 04 de Maio de 2011

O Presidente da CES

(Edward Maul)



ANEXO II – DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO

## DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO

**Nome do Estudo:** Maus Tratos na Pessoa Idosa, na Região Autónoma da Madeira

**Investigador:** Isis da Costa Pestana Castro

**Contacto:** Telefone 968886537

Email [pestana.isis@gmail.com](mailto:pestana.isis@gmail.com)

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação no âmbito de desenvolvimento da dissertação de mestrado. Estará envolvido na recolha de informação para ajudar a compreender melhor o fenómeno dos maus tratos na pessoa idosa. A participação neste estudo significa que a informação sobre si e os maus tratos será recolhida e analisada juntamente com as informações recolhidas de outras pessoas acerca desta problemática. As respostas individuais que fornecer serão confidenciais.

### **Qual é o objectivo deste estudo?**

Este estudo envolve uma pesquisa com o objectivo de estudar as características psicométricas do Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test; analisar a influência da capacidade funcional da pessoa idosa na percepção dos maus tratos e, analisar a influência da discriminação social da pessoa idosa na percepção dos maus tratos. O estudo poderá contribuir para um conhecimento mais profundo sobre esta problemática e possibilitar intervenções mais eficientes.

### **O que é que este estudo envolve?**

Ser-lhe-á avaliada a sua capacidade cognitiva e funcional e pedido para dar a sua opinião sobre os maus tratos e a discriminação social da pessoa idosa. Os inquéritos levarão cerca de 30 minutos.

### **A quem é pedido para participar neste estudo?**

Foi-lhe pedido para participar neste estudo, pois apresenta os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos de idade; não institucionalizado e está inscrito no Centro de Saúde da sua área.

### **Existem riscos nesta participação?**

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para este estudo.

**Existem benefícios por participar?**

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo beneficiará no futuro para a segurança e qualidade de vida da pessoa idosa.

**Quem terá acesso à minha informação?**

Não há identificação do seu nome em nenhum relatório. Todos os relatórios e materiais pertencentes a este estudo serão mantidos confidenciais. Contudo, não podemos garantir confidencialidade absoluta. A sua informação pessoal pode ser revelada se solicitada pelas vias legais. É também possível que a informação deste estudo seja divulgada e/ou publicada no futuro. Neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na divulgação. No final do estudo destruiremos todos os relatórios.

**Existem custos envolvidos?**

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

**Quais são os meus direitos?**

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar neste estudo ou desistir a qualquer altura. Se decidir não participar, isto não afectará o seu futuro ou direitos de saúde e/ou direitos legais.

**A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?**

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode entrar em contacto com o investigador Isis da Costa Pestana Castro, através do número de telemóvel 968886537, ou pelo email [pestana.isis@gmail.com](mailto:pestana.isis@gmail.com).

## ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO

## DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo Maus Tratos na Pessoa Idosa, na Região Autónoma da Madeira é propriedade de Isis da Costa Pestana Castro. Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados pelo programa informático, para fins de avaliação científica. Li (Foi-me lida) a informação acima mencionada. 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 IV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

## FORMULÁRIO

Nº do Formulário: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA PESSOA IDOSA

1) Idade \_\_\_\_\_

2) Género      Feminino   
                    Masculino

3) Estado Civil      Solteiro(a)   
                            Casado(a) / União de facto   
                            Viúvo(a)   
                            Separado(a) / Divorciado(a)

4) Tem filhos      Sim   
                            Não

5) Nível de escolaridade      Analfabeto(a)   
  Ensino Básico ou equivalente   
  2º Ciclo ou equivalente   
  3º Ciclo ou equivalente   
  Ensino Secundário ou equivalente   
  Ensino Superior   
                            Outro       Especifique \_\_\_\_\_

6) Qual a sua profissão      Reformado   
  Outra       Especifique \_\_\_\_\_

7) O seu rendimento mensal situa-se      Abaixo dos 200€   
  Entre 200€ a 400€   
  Entre 400€ a 600€   
  Superior a 600€

8) Coabitação      Vive só   
                            Vive com o(a) seu(sua) companheiro(a)   
                            Vive com os seus filhos   
                            Vive com os seus netos   
                            Outro       Especifique \_\_\_\_\_

9) Consome bebidas alcoólicas  
    Sim       Sente que fica:      Fragilizado   
  Agressivo   
    Não

**II – AVALIAÇÃO COGNITIVA** ⇨ **MINI-MENTAL STATE EXAMINATION**  
*Folstein, Folstein & McHugh (1975)*

**1) ORIENTAÇÃO**

*Vou fazer-lhe algumas perguntas.*

1ª	Em que ano estamos?	
2ª	Em que mês estamos?	
3ª	Em que dia do mês estamos?	
4ª	Em que estação do ano estamos?	
5ª	Em que dia da semana estamos?	
6ª	Em que país estamos?	
7ª	Em que distrito vive?	
8ª	Em que terra vive?	
9ª	Em que casa estamos?	
10ª	Em que andar estamos?	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

**2) MEMORIZAÇÃO**

*Vou dizer-lhe o nome de três objectos. Queria que os repetisse e que procurasse decorá-los porque, dentro de alguns minutos, vou pedir-lhe que diga esses três nomes.*

*Os nomes são: PÊRA, GATO, BOLA.*

*Repita os três nomes*

11ª	Pêra	
12ª	Gato	
13ª	Bola	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

	Tentativas					
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Pêra						
Gato						
Bola						

(Repetir todos os nomes até serem todos aprendidos, num máximo de 6 tentativas. Se os nomes não forem aprendidos, não se pode fazer a prova de evocação. Registrar as tentativas)

**3) ATENÇÃO E CÁLCULO**

*Agora peça-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3, continuando a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.*

14ª	$30 - 3 = 27$	
15ª	$27 - 3 = 24$	
16ª	$24 - 3 = 21$	
17ª	$21 - 3 = 18$	
18ª	$18 - 3 = 15$	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro)

OU

*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.*

14 <sup>a</sup>	A	
15 <sup>a</sup>	T	
16 <sup>a</sup>	R	
17 <sup>a</sup>	O	
18 <sup>a</sup>	P	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida)

SE ANALFABETO

*Vou dizer-lhe três números e queria que me dissesse esses três números, mas ao contrário, isto é, do último para o primeiro. Os números são: 5, 9, 2.*

14 <sup>a</sup>	2	
15 <sup>a</sup>	9	
16 <sup>a</sup>	5	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

#### 4) MEMÓRIA DE EVOCÇÃO

SÓ SE EFECTUA SE O SUJEITO DECOROU OS TRÊS NOMES NA PROVA DE MEMORIZAÇÃO

*Agora veja se me consegue dizer quais foram os nomes dos três objectos que lhe pedi há pouco para decorar.*

19 <sup>a</sup>	Pêra	
20 <sup>a</sup>	Gato	
21 <sup>a</sup>	Bola	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

#### 5) LINGUAGEM

22 <sup>a</sup>	<b>a)</b> Como se chama isto? (mostrar relógio de pulso)	
23 <sup>a</sup>	<b>b)</b> Como se chama isto? (mostrar um lápis)	
24 <sup>a</sup>	<b>c)</b> Repita a frase: "O rato roí a rolha"	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

**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.*

25 <sup>a</sup>	Pegue nele com a sua mão direita	
26 <sup>a</sup>	Dobre-o ao meio	
27 <sup>a</sup>	Coloque-o no chão	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada)

- e) *Leia e cumpra o que diz este papel, "Feche os olhos".  
SE o sujeito for analfabeto, leia a frase.*

28ª	Feche os olhos	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto para a realização correcta)

- f) *Escreva uma frase.*

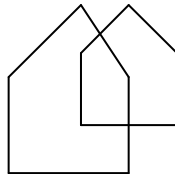
---

---

29ª		
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e deve ter sentido. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros)

- g) *Copie o desenho que lhe vou mostrar*



30ª	Desenho	
<b>Sub Total</b>		

(Dar 1 ponto se o desenho tem 10 ângulos e 2 deles devem estar intersectados. Tremor e erros de rotação não são valorizados)

<b>Pontuação Final</b>	
------------------------	--

### III – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

#### ⇒ ÍNDICE DE BARTHEL

*Mahoney & Barthel (1965), adaptado para a população idosa portuguesa não institucionalizada por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto (2007)*

ÍNDICE DE BARTHEL	Pontuação
<b>A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal:</b> 1 <input type="checkbox"/> Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
<b>B. Actualmente, consegue tomar banho:</b> 1 <input type="checkbox"/> Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 <input type="checkbox"/> Não consegue tomar banho sozinho	
<b>C. Actualmente, consegue vestir-se:</b> 2 <input type="checkbox"/> Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 <input type="checkbox"/> Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
<b>D. Actualmente, consegue alimentar-se:</b> 2 <input type="checkbox"/> Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 <input type="checkbox"/> Não consegue alimentar-se sozinho	
<b>E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?</b> 3 <input type="checkbox"/> Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 <input type="checkbox"/> Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
<b>F. Actualmente, consegue subir e descer escadas</b> 2 <input type="checkbox"/> Consegue subir e descer escadas 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue subir ou descer escadas	
<b>G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se</b> 3 <input type="checkbox"/> Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa 1 <input type="checkbox"/> Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
<b>H. Actualmente, tem controlo na função intestinal</b> 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função 1 <input type="checkbox"/> Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 <input type="checkbox"/> Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
<b>I. Actualmente, controla a função urinária</b> 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função ou está algaliado e substitui os sacos 1 <input type="checkbox"/> Perde urina acidentalmente 0 <input type="checkbox"/> Não controla a urina ou está algaliado e precisa de alguém para substituir os sacos	
<b>J. Actualmente, consegue ir à casa de banho</b> 2 <input type="checkbox"/> Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho	
<b>Pontuação Final</b>	

#### IV – AVALIAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA

##### ⇒ AGEISM SURVEY

*Palmore (2001), adaptado para a população idosa portuguesa não institucionalizada por Alves e Novo (2004)*

<b>Instruções</b>			
Por favor, coloque no espaço em branco uma cruz sobre o número que melhor identifica a frequência com que viveu ou sentiu cada uma das situações que a seguir se descrevem: Nunca = 0; Uma vez = 1; Mais do que uma vez = 2			
	Nunca	Uma vez	Mais do que uma vez
1. Contaram-lhe uma anedota que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
2. Enviaram-lhe um cartão de aniversário que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
3. Foi ignorado(a) ou não tomado seriamente devido à sua idade	0	1	2
4. Chamaram-lhe um nome insultuoso relativo à sua idade	0	1	2
5. Falaram consigo de forma condescendente ou paternalista devido à sua idade	0	1	2
6. Recusaram arrendar-lhe uma casa devido à sua idade	0	1	2
7. Teve dificuldade em obter um empréstimo devido à sua idade	0	1	2
8. Negaram-lhe uma posição de liderança devido à sua idade	0	1	2
9. Foi rejeitado(a) por não ser atraente devido à sua idade	0	1	2
10. Foi tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à sua idade	0	1	2
11. Um empregado de mesa ignorou-o devido à sua idade	0	1	2
12. Um médico ou enfermeiro supôs que as suas dores são devidas à sua idade	0	1	2
13. Negaram-lhe tratamento médico devido à sua idade	0	1	2
14. Negaram-lhe emprego devido à sua idade	0	1	2
15. Negaram-lhe uma promoção devido à sua idade	0	1	2
16. Alguém assumiu que não ouviria bem devido à sua idade	0	1	2
17. Alguém supôs que não compreendia bem devido à sua idade	0	1	2
18. Alguém lhe disse: “és demasiado(a) velho(a)”	0	1	2
19. A sua casa foi vandalizada devido à sua idade	0	1	2
20. Foi vitimado(a) por um crime devido à sua idade	0	1	2

**V – RISCO DE ABUSO NOS IDOSOS ⇒ HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE  
SCREENING TEST**

*Hwalek & Sengstock (1986)*

- 1) Tem alguém que lhe faz companhia, levando-o(a) às compras ou às consultas?  
Sim  Não
- 2) Ajuda alguém financeiramente?  
Sim  Não
- 3) Muitas vezes sente-se triste e só?  
Sim  Não
- 4) Quem é que toma as decisões da sua vida, como deve viver ou onde deve morar?  
Outra pessoa: Sim   
Não
- 5) Sente-se desconfortável com alguém da sua família?  
Sim  Não
- 6) Consegue tomar sozinho os seus medicamentos e ser autónomo?  
Sim  Não
- 7) Sente que ninguém o(a) quer por perto?  
Sim  Não
- 8) Tem alguém na sua família que bebe muito?  
Sim  Não
- 9) Tem algum familiar que o(a) obriga a ficar na cama, ou diz-lhe que está doente quando sabe que não está?  
Sim  Não
- 10) Alguém já o(a) forçou a fazer coisas que não queria fazer?  
Sim  Não
- 11) Alguém já lhe tirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?  
Sim  Não
- 12) Confia na maioria dos seus familiares?  
Sim  Não
- 13) Já alguém lhe disse que lhes dá muito trabalho?  
Sim  Não
- 14) Tem privacidade suficiente na sua casa?  
Sim  Não
- 15) Alguém próximo tentou magoa-lo(a) ou fez-lhe mal recentemente?  
Sim  Não

## VI – INDICADORES DE ABUSO NOS IDOSOS

### ⇒ QUESTIONS TO ELICIT ELDER ABUSE

*Carney, Kahan & Paris (2003), adaptado para a população idosa portuguesa não institucionalizada por Aves e Sousa (2005)*

#### ABUSO FÍSICO

- 1) Actualmente sente medo de alguém na sua casa? Sim  Não
- 2) No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém? Sim  Não
- 3) No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto? Sim  Não
- 4) No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão? Sim  Não

#### ABUSO EMOCIONAL

- 5) Actualmente sente-se sozinho(a)? Sim  Não
- 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? Sim  Não
- 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? Sim  Não
- 8) No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer? Sim  Não
- 9) Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:
- Discussões verbais violentas
  - Conversações tranquilas
  - Agressões físicas
  - Ameaças
  - Abandono/isolamento
  - Não surgem conflitos
  - Outros: \_\_\_\_\_

#### NEGLIGÊNCIA

- 10) Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços? Sim  Não
- 11) No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo? Sim  Não

12) Actualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo?

Sim

Se sim, como? \_\_\_\_\_

Não

13) Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la?

Sim

Se sim, como? \_\_\_\_\_

Não

#### ABUSO FINANCEIRO

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?

Sim

Não

15) No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?

Sim

Não

*Obrigado pela vossa colaboração!*