

LIÇÕES APRENDIDAS ATRAVÉS DO DESPÍSTE DE ABUSO A PESSOAS IDOSAS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Odete Isabel Afonso BORRALHO

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Margarida PEDROSO DE LIMA

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

José FERREIRA-ALVES

Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal

Na perspetiva de Ferreira-Alves (2005) os maus-tratos e a negligência às pessoas idosas irão afirmar-se como alguns dos problemas de saúde pública que terão um aumento previsível nas próximas décadas. Alguns factos convergem para a explicação desta realidade, nomeadamente o envelhecimento populacional, e principalmente o facto de a par deste envelhecimento, existir um sistema de saúde e de proteção social que, muitas vezes não está preparado para fazer face eficazmente aos problemas e necessidades dos idosos e das suas famílias.

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

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

A APAV (Associação de Apoio à Vítima) disponibiliza dados úteis para o estudo dos maus-tratos na pessoa idosa em Portugal. Num relatório realizado sobre as pessoas idosas vítimas de crime, englobando os anos de 2000 a 2008, observa-se a ocorrência de um aumento percentual na ordem dos 19.4%, passando de 1245 crimes para 1487 crimes praticados contra pessoas idosas. Relativamente

aos crimes de violência doméstica em 2008, verificam-se 370 queixas referentes a maus-tratos físicos, 462 de maus-tratos psíquicos, e 258 queixas relativas a ameaças-coação, entre outras menos preponderantes (APAV, 2009). Esta ocorrência poderá dever-se tanto ao aumento da criminalidade, como ao aumento do número de queixas, talvez possibilitado pelo incremento da evidência do problema do abuso à pessoa idosa.

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

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

Analisando as diferentes apreciações exercidas pelos autores, antevê-se como uma tarefa importante, para também contribuir de uma forma positiva na promoção do desenvolvimento individual do adulto idoso, o estudo da incidência e prevalência dos maus-tratos e negligência de pessoas idosas, bem como dos seus fatores de risco.

Pelo exposto, compreende-se que aliado ao propósito principal do presente estudo, que consistia em realizar um estudo de prevalência e descrição dos fatores de risco associados ao fenómeno dos maus-tratos e negligência na pessoa idosa, se conduza uma análise das implicações dos achados obtidos, constatando informações relevantes para a prática e investigação. Será através da investigação que se poderá apreender as particularidades desta realidade, dando origem a ações interventivas direcionadas aos problemas encontrados.

No sentido de enquadrar este trabalho, apresenta-se como pertinente efetuar um breve apontamento acerca das questões mais atuais que o problema dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas acarreta.

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

Wolf e Pillemer (1989 *in* Dias, 2004) argumentam que os maus-tratos a pessoas idosas constituem uma categoria particular de violência doméstica, e que por isso

devem ser alvo de uma atenção especial, não só pelas características específicas desta fase da vida humana, como também pela forma como a própria sociedade se relaciona com os adultos idosos. Se por um lado a deterioração das capacidades fisiológicas e neurológicas da pessoa idosa a torna mais vulnerável à prática de abusos, por outro lado, o seu estatuto por vezes apresenta-se desvalorizado na nossa sociedade, o que pode contribuir para um aumento do risco de serem vítimas de violência.

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

Num contexto de multiplicidade de definições, originada pela utilização de várias teorias explicativas que dão origem a uma falta de consenso, Perel-Levin (2008), Daichman (2006), Wolf (2000) e OMS (2002) argumentam que todas as definições de maus-tratos à pessoa idosa requerem a integração num contexto cultural subjacente, para além de ser crucial a perceção do próprio idoso relativamente a este problema, pois esta, na perspetiva de Moon (2000), influencia a sua identificação e possíveis intervenções. Daqui se depreende a necessidade de providenciar definições de investigação uniformes e clarificadoras, que sejam suportadas por um vocabulário científico, avaliando o que se quer determinar e não questões díspares e paralelas (Perel-Levin, 2008).

A definição proposta pela Action on Elder Abuse, no Reino Unido (1995 *in* OMS, 2002) refere-se aos maus-tratos no idoso como sendo uma ação única ou repetida, ou ainda, a ausência de uma ação devida, que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorre dentro de um relacionamento em que exista expectativa de confiança.

Tendo em conta o exposto, percebe-se a existência de vários tipos de atitudes que se constituem como maus-tratos à pessoa idosa, sendo que Lachs e Pillemer (2004) defendem que todos os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer os sinais e sintomas dos diferentes tipos de abuso na pessoa idosa, no sentido de conseguirem criar um plano de tratamento efetivo e objetivo adequado aos problemas de cada vítima.

Numa ótica sintética, Carney, Kahan e Paris (2003) resumem as tipologias em **abuso físico** (podendo integrar o abuso sexual), **abuso emocional**, **abuso financeiro** e **negligência** (passiva ou ativa). A maioria das definições propostas pelos autores converge para esta tipologia, apesar de por vezes se apontar a inclusão ou exclusão de determinado tipo de maus-tratos na pessoa idosa, tendo em conta a relevância dada pelos autores como por exemplo a inclusão do *ageism* (OMS, 2002; Dias, 2004).

A OMS (2002) acrescenta como categoria o **abuso estrutural e da sociedade**, que se traduz pela incapacidade dos governos em suprirem as necessidades das pessoas idosas. Integram-se neste campo, por exemplo, a existência de reformas insuficientes para fazer face às necessidades básicas e cuidados de saúde e de

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

Tendo em conta as diferentes tipologias de maus-tratos consideradas, é pertinente questionar sobre a existência de características referentes a vítimas e perpetradores, que poderão levar à sua ocorrência, os chamados fatores de risco para o abuso.

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

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

Alerta-se também para o facto de que diferentes contextos, diferentes meios, conduzam a diferentes relações entre os condicionantes do abuso e conseqüentemente uma maior expressão de determinado fator de risco. Deste modo, considera-se de extrema importância a investigação dos fatores de risco e numa perspectiva mais alargada os fatores protetores, em situações de abuso de pessoas idosas, uma vez que o seu estudo poderá permitir não só melhorar a intervenção em casos em que se identifiquem a presença dos fatores, como também encontrar medidas mais concertadas de avaliação e prevenção dos maus-tratos. Por exemplo, em meios de prestação de cuidados de saúde, sabendo quais as situações mais críticas a avaliar, os profissionais estão mais despertos e sensibilizados para a sua identificação e conseqüente despiste, possibilitando intervenções mais eficazes.

Neste contexto, o comité National Research Council dos EUA (2003) declara

que não se pode atribuir muitas vezes uma relação de causalidade direta aos fatores de risco, uma vez que alguns destes podem constituir-se como “marcadores” para outras causas que não se conseguem observar ou avaliar diretamente, podendo levar a confusão em termos da origem do abuso. E ainda, alguns fatores de risco podem funcionar como moderadores na relação entre os fatores causais e as situações de abuso a pessoas idosas (fatores modeladores).

As teorias formuladas por diferentes autores conduzem a uma compreensão sobre o modo como se associam as diferentes variáveis concorrentes em situações de maus-tratos, e como se explica a variabilidade dessa ocorrência, tendo em conta as condicionantes quer das vítimas, quer dos perpetradores.

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

Assim, reconhece-se a existência de várias teorias explicativas para este fenómeno, em que a tónica principal se coloca maioritariamente na má qualidade da relação entre a vítima e o abusador, muitas vezes sustentada por uma relação de cuidar mal preparada, ou então pouco amparada por redes de apoio social eficazes (Anetzberger, 2000).

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

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

Seguidamente, procura-se evidenciar alguns dos esforços que têm vindo a ser realizados no sentido da investigação do abuso de pessoas idosas, tal como algumas das medidas propostas pelos autores para melhorar o trabalho neste campo e que contribuíram de forma importante para o desenvolver esta investigação.

O Cenário Português

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

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

Pela importância dos dados obtidos e dada a similaridade dos instrumentos utilizados com o estudo aqui apresentado, crê-se importante referir os trabalhos de Ferreira-Alves e Sousa (2005) e de Fernandes e Dionísio (2009).

Num estudo pioneiro em Portugal, Ferreira-Alves e Sousa (2005) estudaram uma amostra de 82 pessoas (18 do género masculino e 64 do sexo feminino), com idades entre os 63 e os 88 anos, que frequentavam o centro de dia selecionado pelos autores. Relativamente à prevalência do abuso, constatou-se que 27% dos sujeitos da amostra não apresentaram qualquer indicio de abuso, sendo que a maioria (28%) apresentou um indicador (*idem*).

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

Encontraram-se relações significativas entre algumas variáveis e várias tipologias de abuso. Por exemplo, constatou-se que a **negligência** atinge significativamente mais as mulheres, tal como os indivíduos com uma perceção de saúde “má”. Relativamente ao **abuso emocional**, verificou-se que este parece ser significativamente diferente com a idade, na medida em que aumenta o número de indicadores com a idade. Também a **perceção do estado de saúde** parece estar relacionada com o abuso emocional, tendo em conta que existe uma maior percentagem de sujeitos com mais indicadores de abuso emocional que percecionam a sua saúde como “má” ou “mais ou menos. No que concerne ao **abuso financeiro**, constata-se que só está associado, de forma estatisticamente significativa, à perceção do estado de saúde. Deste modo, existe uma maior percentagem de pessoas idosas com mais indicadores de abuso financeiro que percecionam a sua saúde como “má” (*idem*). No que diz respeito ao **abuso físico**, este está associado de forma significativa à variável idade, denotando-se que quanto maior a idade existe uma maior evidência de indícios de abuso físico (*idem*).

Fernandes e Dionísio (2009), utilizando o mesmo instrumento de recolha de dados que os autores anteriores, realizaram um estudo junto da população idosa de Vouzela (distrito de Viseu) e São Martinho do Bispo (freguesia de Coimbra), integrando 65 sujeitos com 65 ou mais anos. Segundo os autores, um dado que se revela preocupante, corresponde ao facto de todas as pessoas idosas inquiridas apresentarem indícios de abuso.

Verificou-se também que os idosos de Vouzela sofrem uma maior quantidade abusos, tendo em conta que 30.7% sofreram mais de cinco abusos. De notar que na amostra total predomina a existência de dois indicadores de abuso (26%), tal como na amostra referente a São Martinho do Bispo (33.3%). Na perspectiva de Fernandes e Dionísio (2009), estes resultados podem estar relacionados com o facto da comunidade de Vouzela ser mais pequena e estar num meio socioeconómico mais desfavorável, o que se poderá constituir como um agente precipitante para o problema em estudo (*idem*).

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

Num outro tipo de abordagem, Dias (2004a) estudou, através de métodos qualitativos, a questão das representações sobre a violência contra as pessoas idosas. Verificou que as explicações para a possível ausência de práticas violentas neste âmbito residem no universo simbólico sobre o lugar da pessoa idosa na família. Relativamente às entrevistas conduzidas, a autora verificou que os sujeitos da amostra, tanto homens como mulheres, condenam a violência praticada na pessoa idosa, tendo em conta a sua perspectiva de vulnerabilidade. Na generalidade, referem que a violência contra os indivíduos idosos é errada, principalmente porque esta é uma fase da vida inevitável para todos, e também porque quem maltrata irá transmitir um exemplo errado aos seus filhos (*idem*).

Crê-se como importante ressaltar que na maioria dos estudos pesquisados se encontraram prevalências de abuso bastante elevadas, o que faz pensar na incapacidade das medidas de prevenção e intervenção até aqui utilizadas, bem como a existência de variadas tipologias de maus-tratos, com uma maior expressão da negligência e abuso psicológico. Para além disso, verifica-se que nos estudos realizados os vários autores utilizam uma tipologia de maus-tratos semelhante à encontrada na literatura, divergindo por vezes em pequenos pontos, privilegiando-se a entrevista como forma de recolha de dados. De notar que, na sua grande maioria, as amostras são compostas por indivíduos com capacidades cognitivas íntegras, ou seja, não se incluem sujeitos com demências, o que se traduz num campo sobre o abuso nas pessoas idosas ainda pouco explorado.

O Caso Específico dos Serviços de Urgência

Alguns fatores contribuíram para a escolha de um serviço de urgência como campo de desenvolvimento para este estudo. Estes prendem-se com a necessidade de demonstrar que medidas de despiste efetuadas por profissionais de saúde são imprescindíveis para a deteção e encaminhamento de casos de maus-tratos e negligência a adultos idosos, como também com o facto de que a literatura converge para a noção de aceitar os serviços hospitalares e de urgência como campos ótimos para trabalhar este tipo de questões devido às suas especificidades e abrangência.

Por exemplo, Fulmer, Paveza, Abraham e Fairchild (2000) debruçaram-se sobre a problemática da negligência na pessoa idosa, visto ser um dos tipos de maus-tratos que maior prevalência tem, recolhendo os dados de um serviço de urgência hospitalar. Foi escolhido o período temporal das 10 às 18 horas para a realização do despiste, tendo em conta que se verificou que a maioria dos idosos recorria ao serviço de urgência neste período. O estudo demonstrou que pessoas idosas doentes e fragilizadas participariam neste tipo de projetos de investigação. Nos seus resultados, verificaram que é necessária a avaliação multidisciplinar nos casos de negligência na pessoa idosa, sendo imprescindível a colaboração de profissionais treinados, como enfermeiros. Além do mais, os autores afirmam que os serviços de urgência são muitas vezes o primeiro ponto de contacto com situações de maus-tratos na pessoa idosa, logo, é importante que a equipa multidisciplinar esteja alerta para os sinais e sintomas correspondentes às diferentes formas de abuso, e principalmente possua instrumentos de despiste precisos e fáceis de utilizar, tendo em conta os limites temporais impostos pelo trabalho num serviço complexo como o que trata o estudo. Almeja-se ainda a criação de protocolos de procedimentos que guiem a prática em casos de suspeita de abuso, criando respostas em tempo útil, tão necessárias quando está em risco a saúde física e psicológica de uma pessoa. Assim, os autores concluem que a negligência no idoso pode ser despistada em serviços de urgência, tendo em conta que esse despiste pode melhorar a qualidade de vida e diminuir o número de mortes nesta franja vulnerável da população (*idem*).

Por outro lado, Cohen, Levin, Gagin e Friedman (2007) realizaram um estudo em Israel, cuja amostra corresponde a 730 pessoas, com 70 ou mais anos, hospitalizadas em hospitais gerais. Os autores partiram do pressuposto que o hospital é um campo ótimo para a identificação de possíveis situações de abuso, antes da pessoa idosa retomar ao seu domicílio, na medida em que se constitui como um lugar, supostamente, seguro para o idoso e onde os processos de despiste podem ocorrer de uma maneira mais fiável. Para além disso, como referem Cohen *et al.* (2006 *in* Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007), verifica-se nos estudos realizados em hospitais uma maior percentagem de abuso na pessoa idosa. Esta ocorrência pode ser explicada porque as pessoas que acorrem aos serviços de saúde hospitalares encontram-se numa situação de saúde mais debilitada, e se existir uma situação de maus-tratos que leve ao internamento, são geralmente situações mais graves e de melhor identificação, como no caso do abuso físico. Ou ainda,

porque no hospital os utentes são sujeitos a uma maior observação médica e de enfermagem, que poderá conduzir a um maior despiste (*idem*).

O Estudo Realizado

1 – População

A população reconhecida para a elaboração deste estudo compreende o conjunto de utentes idosos (com 65 anos ou mais) do Serviço de Urgência de um Hospital Central do distrito de Coimbra (Centro Hospitalar de Coimbra, EPE). Relativamente à amostra, esta compreende um total de 75 indivíduos.

Integraram-se no estudo os utentes que recorreram ao serviço de urgência entre os dias 9 e 13 de Fevereiro de 2009, das 11 às 17 horas e que, aceitando participar no estudo, correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão delineados.

2 – Método

O estudo de natureza quantitativa segue uma via descritiva-correlacional, e a sua índole transversal reflete o momento em que decorre a recolha de dados, que se caracteriza por ser um período de tempo relativamente curto.

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

As **variáveis independentes** englobam:

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

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram os seguintes:

- **Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)** de Pfeiffer (1975 *in* Loureiro *et al.*, 2007) constituindo-se como um critério de exclusão neste trabalho;

- **Questões Sociodemográficas**. Questões abertas e fechadas que englobam: idade, género, estado civil, agregado familiar, existência de apoio domiciliário, escolaridade, meios de subsistência, percepção da suficiência dos meios de subsistência, frequência de centros de apoio na comunidade;

- **Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)** de Carney, Kahan e Paris (2003), adaptado por Ferreira-Alves e Sousa (2005) utilizado para avaliar a existência de indicadores de abuso auto-reportados na população idosa, incluindo indicadores de abuso emocional, negligência, abuso físico e abuso financeiro;

- **Atitude face ao abuso** é um conjunto de questões abertas e fechadas, concebidas pelos autores, sobre o tipo de atitude que o indivíduo tomou em relação à ocorrência de algum indicador de abuso

- **Geriatric Depression Scale 15 (GDS 15)** de Yesavage. Esta versão da escala

pretende rastrear a Depressão no menor espaço de tempo e simultaneamente manter a precisão de diagnóstico.

3 – Procedimentos Adotados

A aplicação dos instrumentos foi realizada após o sistema de triagem do referido serviço hospitalar e depois de o utente concordar em participar na investigação através da minuta do consentimento informado. Assim, foram ponderados e cumpridos os direitos fundamentais inerentes a cada indivíduo (que participaram de livre vontade), nomeadamente, no que respeita ao direito pela intimidade, ao direito ao anonimato e à confidencialidade, ao direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, não menos importante, ao direito a um tratamento justo e leal.

O instrumento foi aplicado num período de tempo previamente estabelecido com vista a uma maior padronização na recolha dos dados.

Dadas as características dos indivíduos em estudo (baixo nível de instrução e idade avançada), era o investigador que registava diretamente as respostas do sujeito após leitura em voz alta.

4 – Discussão dos Resultados

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

O facto de realizar este trabalho num serviço de urgência, em meio hospitalar, permite abarcar uma franja da população portuguesa que frequenta os serviços de saúde com alguma queixa específica, correspondendo, na maioria das vezes, à agudização de problemas pré-existentes, ou ao aparecimento de algum sinal ou sintoma de novo e que se reveste de alguma gravidade, e que até pode estar relacionado com alguma situação de abuso.

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

Retrata, assim, uma amostra envelhecida, que se coaduna com o envelhecimento demográfico do país e a todas as condicionantes que lhe estão associadas.

No que concerne à **caracterização da amostra de acordo com a existência e a quantidade de indicadores de maus-tratos**, verifica-se que um dos achados do trabalho que será importante discutir corresponde ao facto de se ter verificado que a maioria dos indivíduos apresenta pelo menos um indicador de abuso (86.7%), tendo em conta que o número de indicadores oscilou entre 0 e 10 e que a maior percentagem corresponde à existência de um indicador (21.3%).

Estes dados, à luz dos trabalhos emergentes que se têm realizado em Portugal, e já aqui brevemente enunciados, referem algum tipo de paralelismo. Ou seja, reportam-se a uma quantidade de indicadores de abuso elevada e preocupante, tal como nos trabalhos de Vida, Monks e Rosiers (2002) que encontraram 16% de suspeitas, ou confirmação de abuso numa amostra de 126 pessoas idosas provenientes de um serviço de Psiquiatria Geriátrica de um Hospital, ou ainda no estudo de Eisikovits, Winterstein e Lowenstein (2004 *in* Marmolejo, 2008) que referem que de uma amostra de 1045 pessoas, encontraram 18,4% com indicadores de abuso.

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

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

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

Perante os resultados deste trabalho e tendo em conta que demonstram uma elevada percentagem de pessoas a referirem situações de abuso, é coerente ponderar a necessidade de apostar na avaliação e despiste do abuso, criando respostas adequadas às necessidades das pessoas idosas vítimas de maus-tratos, principalmente em serviços de saúde, na medida em que se constituem como um meio ideal para abordar os indivíduos idosos e as suas famílias.

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

No que toca à caracterização **da amostra quanto à tipologia dos indicadores de maus-tratos**, constata-se que outro dado importante fornecido pelo trabalho de investigação efetuado diz respeito à existência de uma maioria de indicadores

de negligência (81.5%) e abuso emocional (75.4%). Relativamente ao abuso financeiro, verificou-se que 35.4% das pessoas idosas inquiridas referiu este tipo de indicadores, cabendo ao abuso físico a menor percentagem (7.7%). É de lembrar que neste estudo se considerou que a existência dos indicadores de abuso não é mutuamente exclusiva, ou seja, os indivíduos da amostra podem apresentar simultaneamente qualquer um dos quatro tipos de indicadores.

Estes dados vêm corroborar os resultados obtidos por Ferreira-Alves e Sousa (2005), que verificaram que a negligência e o abuso emocional são as tipologias mais prevalentes, com 53.7% e 52.4% respetivamente, sendo que o abuso financeiro está presente em 19.5% dos sujeitos que apresentam indicadores de abuso, e o abuso físico é referido por 12.2% dos participantes. Parecem também coincidir com os dados do estudo realizado pelo National Center on Elder Abuse (1998 *in* Ferreira, Vieira & Firmino, 2006), nos EUA, onde se verificou que a maior parte dos casos referenciados correspondem a situações de negligência (48.7%), sendo que o abuso emocional ou psicológico foi também bastante mencionado (35.4%), seguindo-se o abuso financeiro (30.2%) e o abuso físico (25.6%).

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

Relativamente à **caracterização da amostra quanto à forma de lidar com os maus-tratos**, este trabalho de investigação revelou resultados coerentes com os achados na literatura sobre a temática. No que diz respeito às atitudes frente ao abuso, denota-se que a passividade predomina, na medida em que 60 indivíduos, de um total de 65 que apresentaram indicadores, optaram por não fazer nada em relação à situação ocorrida. Talvez esta situação se constate porque as pessoas idosas têm receio, ou vergonha, de relatar as suas vivências, porque desconhecem as medidas e os meios disponíveis para o fazer, ou estão incapacitados para o realizar, porque por exemplo não possuem os recursos necessários, ou porque têm dificuldades de locomoção, ou ainda porque não sabem identificar o que são situações de maus-tratos e negligência a pessoas idosas.

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

Segundo Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999), um tipo de respostas agressivas pode estar associado em alguma dimensão a padrões de interação, já antigos, entre os membros da família, o que faz com que os traços de personalidade da

vítima considerados, como os estilos de *coping*, devam ser considerados como fatores de risco para o abuso.

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

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

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

Progredindo no estudo, conseguem-se evidenciar algumas relações entre as variáveis consideradas.

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

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

Os achados estão também de acordo com a perspetiva de Marmolejo (2008), quando alega que uma grande parte dos estudos realizados sobre os fatores de risco para o abuso encontrou uma maioria de vítimas do género feminino. Por outro lado, Dyer e Rowe (1999) argumentam que a conceção da mulher como principal vítima de situações de maus-tratos a pessoas idosas corresponde a uma visão clássica, que alguns estudos têm vindo a contrapor.

Por sua vez, também Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) não encontraram

relações entre o género feminino e os maus-tratos a pessoas idosas. Para estes autores, faz mais sentido associar fatores sociodemográficos, como o género, a fatores contribuintes para o abuso, não sendo considerados como fatores de risco.

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

Acresce referir, no contexto deste estudo, que as relações encontradas poderão encontrar uma explicação no modelo teórico apontado por Anetzberger (2000), que refere a dinâmica do cuidar como podendo ser contributiva para a ocorrência de abuso. Para comprovar na totalidade esta relação, haveria necessidade de testar outros fatores que não foram abordados no presente estudo, como por exemplo o grau de dependência dos sujeitos da amostra, e se este tem relação com a existência de indicadores de abuso, tal como avaliar a relação entre cuidadores e pessoas idosas, e que influência esta poderá ter na existência de situações de abuso. Assim, apenas se apresenta como uma possibilidade explicativa, pois como argumenta Anetzberger (2000), os cuidados informais não são uma causa primária do abuso a pessoas idosas, mas ao invés disso são um contexto de interação no qual o abuso pode ocorrer, e tendo em conta determinadas características dos intervenientes, assim aumenta, ou diminui, o risco para situações de maus-tratos e negligência.

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

No que toca à **perceção da suficiência dos meios de subsistência**, constata-se que existe evidência de relação entre a presença de indicadores de maus-tratos e esta variável, pois a maior parte dos indivíduos que apresenta indicadores refere que os meios de subsistência não são suficientes (73.8%), enquanto a maior parte dos indivíduos que não apresenta indicadores de abuso refere que os meios de subsistência são suficientes (70%).

Apesar de se reconhecer que a diferença no número de indicadores de cada tipologia consoante esta perceção não é estatisticamente significativa, ao equacionar a existência ou não de indicadores no geral, verifica-se que existe evidência de relação a um nível estatisticamente significativo ($p < 0.05$). Ou seja, apura-se que uma perceção negativa da suficiência dos meios de subsistência pode constituir-se como um fator de risco para o abuso.

Se se percecionam que quem refere que os seus meios de subsistência são insuficientes detém uma situação económica má, ou pelo menos inferior à desejada para

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

Talvez esta relação ocorra porque quem perceciona como insuficientes os seus meios de subsistência necessita de depender do seu agregado familiar, logo colocam-se numa situação de dependência e desigualdade, que como referem Litwin e Zoabi (2004) pode ser propícia a situações de abuso. Ou então, porque quem não auferir rendimentos suficientes pode incorrer no risco de não conseguir fazer face às suas necessidades básicas, e que em si pode ser também percecionado como abuso. Daqui se depreende a necessidade de apostar em políticas sociais mais coerentes com as carências da população idosa.

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

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

Verifica-se que viver sozinho foi considerado como fator de risco apenas para o caso específico da negligência, o que faz crer que talvez para esta tipologia específica do abuso ocorram outras interações explicativas. Ou seja, para os sujeitos desta amostra viver sozinho pode condizer com situações de fraco suporte social que se sobrepõem ao fator protetor associado ao facto de viver sozinho, e que é descrito como uma menor probabilidade de sofrer abuso por parte de outrem.

Nesta perspetiva, Wolf (1998 *in* Ferreira-Alves, 2004) pondera uma maior probabilidade de existência de isolamento social em casos de negligência. Para além disso, Shugarman, Fries, Wolf e Morris (2003) constataram uma forte associação entre as variáveis correspondentes ao suporte social (fraca interação com outras pessoas, existência de conflitos com família e amigos, sentir-se sozinho, tal como apresentar sinais de um suporte social frágil) e o abuso potencial, o que poderá condizer com os resultados encontrados nesta investigação.

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

A análise da **relação entre cada tipologia de maus-tratos e a existência de depressão**, permitiu identificar algumas diferenças estatisticamente significativas.

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

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

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

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

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

5 – Lições Aprendidas

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

A realização deste estudo permitiu verificar, uma vez mais, que a prevalência do abuso na pessoa idosa apresenta dimensões preocupantes. Neste caso constatou-se que 86.7% dos sujeitos da amostra apresenta pelo menos um indicador de abuso, variando o número de indicadores entre 0 e 10 e sendo a maior percentagem correspondente à existência de um indicador (21.3%). Tendo em conta que

muitos autores alegam que normalmente os números referenciados estão abaixo da realidade, na medida em que as situações de abuso de pessoas idosas geralmente estão associadas a desconhecimento e receios de represálias por denúncias, talvez se possa considerar que ainda possa existir sub-referenciação. Por outro lado, tendo em conta que se trabalhou com indícios/indicadores de abuso auto-reportados pela pessoa idosa, não se sabe se existem casos confirmados de maus-tratos e negligência. Para tal, seria necessário um outro tipo de abordagem, mais complexo e coordenado com os profissionais de saúde dos sujeitos em questão. De qualquer forma, sendo um número bastante expressivo, demonstra uma evidência de indícios de maus-tratos num número muito significativo de pessoas da amostra estudada.

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

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

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

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

No que concerne ao agregado familiar, verificou-se que viver sozinho constitui um fator de risco para a negligência. Esta circunstância, estando também descrita na literatura atual, relembra que mais importante do que viver com alguém, é o número de laços sociais que a pessoa idosa possui, sendo que estes podem

constituir um fator protetor do abuso. Deste modo, quem vive sozinho parece ter mais probabilidades de ver recusada por parte de outrem, ou sofrer de alguma ineficácia, no que toca à satisfação de qualquer parte das obrigações ou deveres para com a própria pessoa idosa. Assim, assume-se como importante incidir no acompanhamento das pessoas idosas, principalmente as que vivem sozinhas, de forma a promover e enriquecer as suas redes sociais.

Apreende-se através dos dados do estudo que a percepção negativa da suficiência dos meios de subsistência pode constituir um fator de risco para o abuso, uma vez que a maior parte dos indivíduos que apresenta indicadores refere que os meios de subsistência não são suficientes (73.8%), enquanto a maior parte dos indivíduos que não apresenta indicadores de abuso refere que os meios de subsistência são suficientes (70%). Estes dados refletem a necessidade de criar mais apoios para as pessoas idosas, principalmente em termos de alojamento, alimentação e saúde, fomentando ações de proteção social tantas vezes esquecidas, ou votadas ao abandono por políticas inertes que confrangem as expectativas de vida de quem atinge a idade adulta avançada. Concorre para a explicação da influência desta variável o facto de não se constatar evidência estatística de relação entre a variável “meios de subsistência” e a presença e o número de indicadores de abuso e negligência. Assim, compreende-se que para a ocorrência de abuso não se afigura como crucial o quanto as pessoas ganham, mas sim, se esta quantia é suficiente para satisfazer as suas necessidades.

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

Face ao exposto, e no sentido de uma maior compreensão dos dados obtidos para que façam sentido numa lógica de investigação e melhoramento das práticas junto da população idosa, e mais especificamente em situações de maus-tratos e negligência, cabe-nos adotar uma atitude preventiva, necessária para a promoção do desenvolvimento da pessoa adulta idosa e do seu bem-estar.

Assim, é necessário fomentar uma postura de promoção da visibilidade das características do contínuo desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo de vida, tal como da extensão do problema dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas, promovendo um maior conhecimento dos direitos das pessoas idosas, tal como medidas de atuação e organizações de apoio à denúncia deste tipo de casos.

Tais medidas encerram em si a necessidade de apostar numa sociedade mais contributiva, mais interventiva, para uma noção de comunidade participada, em que a população mais idosa se sinta apoiada e segura, e em que a deteção de

casos de maus-tratos e negligência a pessoas idosas reside numa responsabilidade de todos nós.

Apela-se também à necessidade de uma maior contribuição a nível governamental, no sentido de uma evolução dos sistemas de apoios sociais a pessoas idosas e suas famílias que vise minorar as fragilidades e dificuldades sentidas, as quais poderão estar na base de situações de maus-tratos e negligência.

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

Deste modo compreende-se a necessidade de apostar no despiste de indicadores de abuso e negligência auto-reportados pela pessoa idosa, integrando também a avaliação dos fatores de risco associados, se consegue incidir na deteção de situações de abuso. Se a esta deteção estiver associada o encaminhamento eficaz de cada situação suspeita, com o intuito de conhecer a história da pessoa idosa, e confirmar, ou não, a existência de abuso para então intervir com a coordenação de vários sectores da sociedade, estar-se-á a adotar uma atuação válida e concertada para promover o bem-estar da pessoa idosa e sua família. Só uma correta avaliação poderá dar origem a intervenções, que se esperam estruturadas em esforços concertados, reais e multidisciplinares com o intuito de caminhar no sentido de alterar práticas e concepções pouco divulgadas na sociedade atual.

Assim, constata-se que cabe também aos profissionais de saúde um papel importante perante o problema dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas, quer no âmbito de uma atitude mais preventiva, quer numa ação interventiva. Para que tal ocorra de uma forma eficiente será necessário continuar a integrar e a desenvolver, de uma forma a mais aprofundada possível, estas temáticas em termos dos programas formativos de várias disciplinas.

Apesar de difícil, reconhece-se que este trajeto é possível e para isso é importante que se coloque a pessoa idosa no centro da tomada de decisão, respeitando os seus direitos, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, facilitando o seu processo de desenvolvimento.

Como sugestões para estudos posteriores poderá ser útil analisar a influência de alguns fatores não incluídos no presente estudo, nomeadamente abarcar populações ainda minoritariamente estudadas como as pessoas idosas com défices cognitivos, incidir na avaliação da dependência da pessoa idosa para as

atividades de vida diária, analisar a relação entre cuidador e pessoa idosa, e ainda todas as ações que permitam conhecer em profundidade o fenômeno de cada relação de abuso.

Referências Bibliográficas

- Alberto, I. M. A. (2004). Velhos são... mas leem romances de amor! Reflexões em torno do maltrato do idoso. *Psychologica*, 36, 63-73.
- Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary Cause of Elder Abuse? *Generations*, Summer, 2000, 46-51.
- APAV (2009). *Estatísticas 2000-2008 – Idosos vítimas de crime*. Lisboa: APAV. Consultado em dezembro 2009, <http://www.apav.pt>.
- Burston, G. R. (1975). Granny-battering. *British Medical Journal*. Sept, 592.
- 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.
- Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R. & Friedman, G. (2007). Elder Abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.
- Comijs, H. C., Jonker, C., Tilburg, W. & Smit, E. J. H. (1999). Hostility and Coping Capacity as risk factors of elder mistreatment. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, 34, 48-52.
- Comijs, H. C., Smit, J. H., Pot, A. M., Bouter, L. M. & Jonker, C. (1998). Risk Indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9, 4, 67-76.
- Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G., I., Livingston, G. (2006). A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Other Determinants in the Ad- HOC Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.14, 489-97.
- Daichman, L. S. (2006). Elder Abuse in Developing Nations. In H. Cox (Ed.), *Later Life – The realities of aging* (pp. 323-331). New Jersey: Prentice Hall.
- Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- Dias, I. (2004a). *Violência na família: uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dyer, C. & Rowe, J. (1999). Elder Abuse. *Trauma*, 1, 163- 169.
- Fernandes, C. M. S. & Dionísio, R. M. T. (2009). *Violência na Pessoa Idosa*. Dissertação de Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, L. G., Vieira, D. N. & Firmino, H. (2006). Violência sobre os mais velhos. In H. Firmino Ed.), *Psicogeriatrics* (pp.215-220). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*, n.º espec. (2004), 133-151. Consultado em Novembro 2007, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Abuso e negligência de pessoas idosas – Contributos para uma visão forense dos maus-tratos. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 319-342). Coimbra: Quarteto.
- Ferreira-Alves, J. & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Sociologia*, 15, 303-313.