



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: VULNERABILIDADE(S) E
CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO**

Trabalho submetido por
Ana M. Lourenço de Abreu
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por
Doutor Jorge Cardoso

novembro de 2014

“Quero dizer-vos a diferença entre o lobo e o homem: nenhuma. Excepto uma, na velhice. O lobo entra nos bosques para esperar o seu fim sozinho, o homem quanto mais sente que a morte se aproxima, mais busca companhia, mesmo se ele se aborrece, e se ela o aborrece.”

Riccardo Bacchelli

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais em primeiro lugar, pela oportunidade, confiança e apoio que sempre depositaram em mim.

À coordenadora do curso de Psicologia Criminal, Professora Doutora Cristina Soeiro pelo seu acreditar e competência.

Ao meu orientador de tese, Professor Doutor Jorge Cardoso, pela paciência, compreensão e motivação.

Aos meus colegas de curso, pela partilha e ajuda em todas as fases.

A todos os idosos que aceitaram participar neste projeto e à receptividade das intuições que colaboraram.

À Clara Ferrão pela disponibilidade.

A todos os meus amigos e familiares pela preocupação e presença.

Ao João, por ser meu ouvinte e companheiro.

E a todos aqueles que estão presentes na minha vida e que à sua maneira contribuíram para que este trabalho se realizasse.

Muito, muito obrigado.

Resumo

O presente estudo teve como objetivos caracterizar os atos de abuso a idosos, analisar se a vulnerabilidade do abuso varia em função do género e da deterioração mental e, com base nos resultados encontrados na amostra utilizada, desenvolver um conjunto de linhas orientadoras que possam constituir os alicerces de um plano de prevenção nesta área. Foram aplicados três instrumentos: Vulnerability to Abuse Screening Scale (versão portuguesa: Rísio, 2012); Questions to Elicit Elder Abuse (versão portuguesa: Ferreira-Alves & Sousa, 2005); e Mini Mental State Examination (versão portuguesa: Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994). A amostra deste estudo incluiu um total de 144 idosos com idades compreendidas entre os 52 e os 96 anos, provenientes de centros de dia e lares situados na margem sul do Tejo. De uma maneira geral, os resultados mostram que o abuso psicológico é a forma de abuso mais reportada pelos inquiridos (registando-se uma pontuação média mais elevada nas mulheres). A vulnerabilidade ao abuso não varia em função do género em nenhuma das dimensões da VASS e não há diferenças significativas para a associação entre as diferentes dimensões da escala VASS e da MMSE, apesar de os indivíduos com maior vulnerabilidade para o abuso apresentarem menor pontuação nas questões que avaliam a capacidade cognitiva. Através da construção de um modelo teórico que indicasse os preditores do abuso, medido através da escala QEEA, verificou-se que a vulnerabilidade e coerção na escala VASS, o maior défice cognitivo geral, viver sozinho e não fazer/receber visitas são os principais preditores de abuso aos idosos.

Palavras-chave: Abuso, Idosos, Vulnerabilidade, Deterioração Mental

Abstract

This study serves the purpose of characterize the acts of abuse against elderly, analyze if the vulnerability of abuse varies due to gender or mental deterioration and lased on the results formed in the sample, develop a set of guide lines that may be the foundations of a future prevention plan is this area of intervention were applied these instruments: Vulnerability to Abuse Screening Scale (portuguese version: Rísio, 2012); Questions to Elicit Elder Abuse (portuguese version: Ferreira-Alves & Sousa, 2005); e Mini Mental State Examination (portuguese version: Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994). The sample of this study included a total of 144 elderly with ages between 52 and 96 years old, living in elderly institutions situated on the south part of the river Tejo. Generally the results show that the most reported form of abuse is the psychological abuse (the score was light in womens), the vulnerability of abuse does not vary in any of the dimensions of VASS and the are not significative differences for the association between the disparate dimensions of VASS and MMSE scale. Despite the individuals with more vulnerability to the abuse present less score in the questions that evaluate cognitive capacity. Through the construction of model that indicated indicate the abuse predictors, measured through the QEEA scale was verification that the VASS scale, the ligger cognitive difficulty, living alone and not receiving on go on visit were the main predictors of elderly abuse.

Keywords: Abuse, Elderly, Vulnerability, Mental Deterioration

Índice Geral

| | |
|--|----|
| Revisão de Literatura..... | 10 |
| Envelhecimento..... | 10 |
| Processo de envelhecimento..... | 11 |
| Vulnerabilidade(s)..... | 12 |
| Maus Tratos a Idosos..... | 16 |
| Prevalência e incidência..... | 20 |
| Maus tratos institucionais..... | 21 |
| Modelos explicativos..... | 23 |
| Caraterização da vítima..... | 26 |
| Caraterização do agressor e cuidador..... | 27 |
| Diferenças de género..... | 29 |
| Fatores e indicadores de risco..... | 30 |
| Prevenção e intervenção..... | 32 |
| Objetivos do Estudo..... | 37 |
| Método..... | 38 |
| Participantes..... | 38 |
| Procedimento..... | 38 |
| Instrumentos..... | 39 |
| Vulnerability to abuse screening scale (VASS)..... | 39 |
| Questions to elicit elder abuse (QEEA)..... | 40 |
| Mini mental state examination (MMSE)..... | 41 |
| Apresentação e Discussão dos Resultados..... | 41 |
| Caraterização Demográfica..... | 42 |
| Indicadores de Abuso..... | 45 |

Índice Geral

| | |
|--|----|
| Vulnerabilidade para o Abuso..... | 51 |
| Demência..... | 55 |
| Atos de Abuso a Idosos..... | 58 |
| Vulnerabilidade para o Abuso e Género..... | 62 |
| Vulnerabilidade para o Abuso e Deterioração Mental..... | 64 |
| Preditores de Abuso..... | 65 |
| Caraterização do Ato de Abuso a Idosos..... | 67 |
| Vulnerabilidade para o Abuso e Género..... | 71 |
| Vulnerabilidade para o Abuso e Deterioração Mental..... | 73 |
| Linhas Orientadoras a considerar num Plano de Prevenção e Intervenção..... | 75 |
| Conclusão..... | 82 |
| Referências Bibliográficas..... | 84 |
| ANEXOS..... | 99 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Caraterização da amostra..... | 42 |
| Tabela 2. Estado de saúde dos idosos..... | 44 |
| Tabela 3. Relacionamento dos idosos com os utentes e funcionários..... | 44 |
| Tabela 4. Perceção dos idosos face aos conhecimentos dos funcionários..... | 45 |
| Tabela 5. Distribuição da amostra por existência de indicadores de abuso..... | 46 |
| Tabela 6. Distribuição da amostra por quantidade de indicadores de abuso (QEEA)..... | 47 |
| Tabela 7. Indicadores de abuso físico (QEEA)..... | 48 |
| Tabela 8. Indicadores de abuso psicológico (QEEA)..... | 49 |
| Tabela 9. Indicadores de negligência (QEEA)..... | 50 |
| Tabela 10. Indicadores de abuso financeiro (QEEA)..... | 51 |
| Tabela 11. Distribuição da amostra por quantidade de indicadores de abuso (VASS)..... | 52 |
| Tabela 12. Dimensão Vulnerabilidade (VASS)..... | 53 |
| Tabela 13. Dimensão Dependência (VASS)..... | 53 |
| Tabela 14. Dimensão Desânimo (VASS)..... | 54 |
| Tabela 15. Dimensão Coerção (VASS)..... | 54 |
| Tabela 16. Distribuição dos valores do MMSE em indivíduos sem défice cognitivo (N=70)..... | 55 |
| Tabela 17. Distribuição dos valores do MMSE em indivíduos com défice cognitivo (N=74)..... | 56 |
| Tabela 18. Distribuição da amostra para quantidade de respostas corretas no MMSE..... | 57 |
| Tabela 19. Coeficiente de correlação de Spearman entre dimensões do QEEA..... | 58 |
| Tabela 20. Média, desvio padrão e significado estatístico nos resultados do QEEA, de acordo com o género, escolaridade, estado civil, posse de casa própria e meios de subsistência..... | 59 |
| Tabela 21. Média, desvio padrão e significado estatístico nos resultados do QEEA, de acordo com o estado de saúde, a relação dos utentes e funcionários e a perceção dos conhecimentos dos funcionários..... | 60 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 22. Coeficiente de correlação de Spearman entre dimensões do QEEA e da VASS.... | 62 |
| Tabela 23. Diferenças de género na vulnerabilidade ao abuso de acordo com cada item..... | 63 |
| Tabela 24. Diferenças de género na vulnerabilidade ao abuso de acordo com cada uma das dimensões..... | 64 |
| Tabela 25. Diferenças de média da escala VASS entre participantes com e sem défice cognitivo..... | 65 |
| Tabela 26. Preditores e coeficientes no modelo construído..... | 66 |

Lista de Abreviaturas

QEEA – Questions to Elicit Elder Abuse

VASS – Vulnerability to Abuse Screening Scale

MMSE – Mini Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Revisão de Literatura

Envelhecimento

A velhice é frequentemente definida pela mentalidade sociocultural de uma determinada época. Durante muito tempo esta foi vista como a “golden age”. No entanto, atualmente a pessoa idosa pode ser conotada como fonte de poder e valorização, mas também de impotência e inutilidade (Dias, 2005).

Após a década de 50, ocorreu uma notória alteração na expectativa de vida a nível mundial (Teixeira, 2008), acompanhada de um crescente envelhecimento da população, iniciando-se uma atenção privilegiada a este grupo (Castro, 2011). A velhice começou a ser encarada como uma doença social (Dias, 2005), tendo-se assistido à criação de instituições (e.g. centros de dia, lares ou hospitais), em que uma das principais características era o isolamento dos seus utentes.

Lima (2004, citado por Valente, 2010) diz-nos que no passado, apenas algumas pessoas atingiam os 65 anos enquanto que hoje a maioria de nós espera atingir a “troisième âge” (i.e. terceira idade), assim designada por um terço do tempo de vida. Esta situação está associada, principalmente nos países industrializados, ao desenvolvimento económico, ao decréscimo nas taxas de natalidade e aos grandes avanços tecnológicos e da medicina, que permitiram o aumento da longevidade e da esperança média de vida.

Segundo Berger (1995), os idosos representam um grupo heterogéneo com estilos de vida e necessidades variadas, sendo que a maioria é membro ativo da sociedade e deseja continuar a ter este papel. Esta questão obriga-nos a refletir sobre a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida do idoso, o seu estatuto na sociedade, a ocupação de tempos livres e de lazer, entre outros. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) propôs o conceito de envelhecimento ativo como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de

vida durante o envelhecimento (Carvalho, & Dias, 2011). Esta organização classifica como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (Sanches, Lebrão, & Duarte, 2008). No ano de 1960, a proporção da população idosa em Portugal era de 8% e em 2001 duplicou para 16%. Prevê-se que no ano 2050 esta percentagem seja de 32%, sabendo-se que os idosos residentes em Portugal (até 31 de Maio de 2010) eram cerca 17.9%, ou seja, 1.901.153 pessoas (Castro, 2011).

Envelhecer depende muito do que acontece ao longo das gerações, sendo que o papel dos idosos na família pode estar apenas associado à dependência de outros, não se verificando o estabelecimento de relações interdependentes (Crampton, 2011) e a transmissão de conhecimento aos mais novos. Nos povos primitivos, os responsáveis políticos mais importantes pertenciam a este grupo, sendo esse facto justificado pela sua sabedoria e experiência (Valente, 2010). Assim, a velhice pode revelar-se como um fator potencial de exclusão, pois na sociedade atual, a velhice dificilmente se valoriza em relação à imagem. O envelhecimento constitui-se como uma das principais áreas de intervenção social, visando assegurar o máximo de qualidade de vida física, social e psicológica do idoso (Lima, 2004 citado por Valente, 2010).

Processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento remete para a adaptação feita pelo próprio idoso, durante o tempo em que este enfrenta uma série de alterações a nível psicológico, biológico e social. Consequentemente, existe uma deterioração física e funcional, diminuindo a vitalidade e a capacidade dessa adaptação. As alterações físicas incidem, sobretudo, na autoimagem e autoestima, verificando-se uma diminuição das capacidades sensoriais e limitações para realizar as atividades do quotidiano. A nível psicológico evidenciam-se alterações no

desempenho cognitivo, afetivo e social, dificuldades de adaptação e mudança, poucos planos para o futuro, a necessidade de trabalhar as várias perdas, assim como a diminuição da motivação (Zimmerman, 2000) . Sabe-se, contudo, que a tolerância ao stress, a ligação afetiva, a vivacidade e o optimismo podem minimizar este processo (Luoma, et al., 2011).

Além das complicações que o processo degenerativo provoca, também é possível existir uma vida normal (i.e. senescência). Quando o organismo envelhece sofre, de sobrecarga funcional continuada refletindo-se futuramente num processo patológico agudo ou predominantemente crónico (i.e. senilidade) (Carvalho, & Dias, 2011).

Segundo Fontaine (2000), os idosos são caracterizados pela idade cronológica (i.e. número de anos vividos desde o nascimento); idade biológica (i.e. condição e estado do corpo); idade social (i.e. regras e expectativas sociais que caracterizam os idosos quanto aos seus direitos como cidadãos); idade cultural (i.e. fenómeno da cultura em que o idoso está inserido) e idade filosófica (i.e. concepções e valores nos quais a vida se baseia).

O processo de envelhecimento está assim dependente de três grandes dimensões: uma componente biológica, que reflete uma maior vulnerabilidade; uma componente social, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para com este nível etário; e uma componente psicológica, definida pela capacidade de autoregulação do indivíduo durante o processo (Gonçalves, 2010).

Vulnerabilidade(s)

O termo vulnerabilidade refere-se à dependência ou autoinsuficiência que alguns indivíduos têm em relação a outros em pelo menos duas áreas: física, cognitiva, sensorial ou nutricional (Bužgová, & Ivanová, 2011). Para Rose e Killien (1983, citado por Black, 2008), o risco pode ser definido como a presença de fatores potencialmente stressantes no ambiente

da pessoa, enquanto que a vulnerabilidade reflete as características pessoais que influenciam a capacidade do indivíduo em se adaptar ao stress.

Sabe-se que o envelhecimento agrava a vulnerabilidade, principalmente para as mulheres e minorias (Brozowski, & Hall, 2010). Embora no caso da velhice esta não predisponha um indivíduo a ser agredido, fatores físicos (e.g. fragilidade física), cognitivos (e.g. comprometimento mental) e sociais (e.g. isolamento ou pobreza) podem contribuir para a sua ocorrência (Pinsker, McFarland, & Pachana, 2010; Luoma, et al., 2011). Esta visão assenta na opinião de que, com o avançar da idade aumentam as situações de fragilidade, exigindo-se mais cuidados e criando-se mais situações de dependência (Duque, et al., 2012).

Estima-se que 10% a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85, a viver na comunidade, estão na presença de fatores de risco que lhes podem conferir vulnerabilidade para situações de violência (Duque, Leal, Marques, Eskinazi, & Duque, 2012). Na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, foi realizado um inquérito domiciliar tendo sido entrevistados 343 idosos. Verificou-se que a violência ocorreu prevalentemente entre os idosos mais jovens, com maior escolaridade, entre os que residem com um maior número de indivíduos e que revelavam alguma vulnerabilidade (Minayo, 2003).

Em Portugal, um dos fatores que pode contribuir para aumentar a vulnerabilidade, é o facto de ser um dos países da União Europeia onde existe uma maior proporção de pessoas com 75 anos ou mais a viverem sozinhas ou com outros (e.g. conjúge, familiares diretos e indiretos, cuidadores remunerados ou hóspedes) (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013). O estudo realizado por Pinto, Garcia, Bocchi, & Carvalhaes (2006) descreve que quanto maior a quantidade de pessoas que convivem numa residência com o idoso, melhor a afetividade e o apoio que este idoso pode receber, contribuindo para a manutenção da sua qualidade de vida e saúde. Entretanto, a preocupação com a sociabilidade do mesmo não deve ser apenas quantitativa, pois a multigeracionalidade, associada a um contexto de vulnerabilidade social e

baixa condição socioeconómica, pode predizer eventos de violência intrafamiliar (Correia, 2008).

Um grupo específico que apresenta elevada vulnerabilidade e por isso está em maior risco são aqueles com comprometimento cognitivo, designadamente deterioração mental. Existe uma relação entre o idoso ter demência e ser maltratado pelo seu cuidador (Cooney, Howard, Lawlor, 2006). No entanto, esta temática tem sido pouco estudada, existindo vários estudos que indicam que não é propriamente a demência que se relaciona com o abuso, mas o comportamento agressivo do idoso demente (Lachs, & Pillemer, 2004). Outra perspetiva indica que os cuidadores tendem a manter atitudes mais tolerantes para com os idosos com demência, comparativamente com os idosos que se encontram cognitivamente intactos (Ayalon, 2010).

A memória é a capacidade cognitiva mais afetada com o avançar da idade, particularmente a memória de trabalho e a memória a longo prazo (Castro, 2011). Embora ainda não sejam inteiramente compreendidos quais os processos responsáveis por esta deterioração acelerada, hipotetizou-se que a criação rápida de “placas” e “emaranhados” de várias proteínas no cérebro podem fazer diminuir a massa cerebral (Spalding, & Khalsa, 2010).

A demência ou deterioração mental é uma síndrome clínica, classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM) (Tucker et al., 2006), sendo caracterizada por deficiências progressivas no funcionamento cognitivo, memória, desempenho de tarefas diárias, linguagem, julgamento, orientação, pensamento abstrato, humor e comportamento. A característica essencial da demência é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução (Tucker et al., 2006). A falta de memória pode ser uma barreira na investigação na suspeita de maus-tratos, pois o

idoso pode não ser capaz de comunicar de forma clara, particularmente aquele com elevado grau de demência (Burguess, 2006).

Em Portugal estima-se que o número de casos de demência seja cerca de 90.000, habitantes sem distinção de género, etnia ou classe social (Gonçalves, 2010). Existe uma estimativa internacional de que 24.3 milhões das pessoas de todo o mundo sofrem de algum tipo de demência (Hoof, Kort, Waarde, & Blom, 2010) sendo as mais frequentes: a doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos corpos de Lewy e as demências frontotemporais (Castro, 2011). A prevalência da demência aumenta com a idade, afetando cerca de 1% da população com cerca de 60 anos de idade, e mais de 40% dos indivíduos com 95 anos (Larsson, Thorslund, & Forsell, 2004). As mulheres com demência sobrevivem mais tempo do que os homens com esta doença, apesar da sua incidência ser maior no sexo feminino (Gonçalves, 2010).

Investigações recentes têm reconhecido que os aspetos associados à deterioração mental não resultam apenas de fatores genéticos e biológicos, mas também de fatores ambientais e sociais (e.g. exercício físico, escolaridade, interesses e hábitos ocupacionais, entre outros), vivenciados ao longo da vida, desde a infância e a juventude até à fase adulta. No caso destes fatores serem vividos de forma mais negativa, com a presença de eventos traumáticos, eles podem ter um efeito profundo sobre a memória e podem afetar a funcionalidade da mesma (Burguess, 2006). Contrariamente, estes mesmos fatores podem aumentar a reserva cognitiva e promover um funcionamento mais eficiente das redes cognitivas para lidar com patologias cerebrais, bem como retardar o aparecimento de manifestações. A “reserva cognitiva” refere-se a um aspecto ainda indeterminado da estrutura cerebral ou da função cerebral, que permite a um indivíduo com maior reserva funcionar normativamente por mais tempo, na presença de uma patologia cerebral, do que um indivíduo com uma menor reserva cognitiva (Ribeiro, 2011).

De acordo com Gaymue e colaboradores (2008, citado por Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013), o modo como o idoso encara o processo de envelhecimento constitui um potencial determinante do bem estar e autonomia, e pode evitar ou potenciar a vulnerabilidade.

Maus Trato a Idosos

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta, especialmente, e de forma continuada, mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência (Dong, & Simon, 2009).

De um modo geral, a violência familiar contra o idoso é a que mais preocupa os investigadores, pois é na família que normalmente existem os laços fraternais, a história de vida e a segurança. Este tipo de violência manifesta-se sem distinção de classe, religião, etnia ou cultura (Gondim, 2011), e ocorre em ambientes onde o idoso se insere, em casa, na comunidade, em centros de convívio, centros de dia e em instituições de longa permanência (Gonçalves, 2010).

O fenómeno de abuso foi reconhecido pela primeira vez em 1975 através de relatórios médicos. Na literatura tem sido alvo de uma atenção crescente (Bonnie, & Wallace, 2003), e paralelamente revela-se como um problema oculto (McGarry & Simpson, 2008), existindo dificuldades em estudar o fenómeno, uma vez que é um crime perpetrado contra pessoas vulneráveis, por aqueles de quem dependem (Selwood, Cooper, & Livingston, 2007).

Estima-se que mais de metade da população idosa terá experimentado alguma forma de abuso (Sturdy & Heath, 2007), tendo existido uma necessidade de desenvolver uma definição abrangente e operacional da violência, e respetivas especificidades de perceção da mesma (Malley-Morrison, You & Mills, 2000).

À semelhança do que sucedeu com as crianças e mulheres, também o abuso de idosos passou a ser designado como uma síndrome (Dias, 2010). Flynn e Krothe (1999) indicam que a palavra “violência” é originária do latim e possui como significados “ultrajar, agredir ou violar”. Dias (2010) afirma que em Portugal o conceito de “violência doméstica” diz respeito à violência exercida pelo companheiro contra a mulher e o conceito de “maustratos” é mais utilizado no âmbito da violência realizada contra crianças e idosos. A diferença entre estes reside principalmente nos contextos em que têm lugar. A violência doméstica é considerada um comportamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, que resulta de relacionamentos interpessoais disfuncionais, desenvolvendo-se uma relação na qual a vítima é dependente física, emocional e/ou psicologicamente e o abusador detém confiança e poder, fazendo parte do mesmo agregado familiar. Os maustratos acontecem numa relação institucional ou de cuidado, e o conceito de “abuso” engloba os conceitos de violência doméstica e de maustratos.

Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) explicam os níveis de violência contra os idosos segundo a dimensão do seu alcance: o nível macro, o nível médio e o nível micro. O nível macro diz respeito a atitudes abusivas que ocorrem no contexto social e englobam a violência estrutural sob a forma de discriminação contra a idade, pensões e reformas inadequadas, dificuldade no acesso a serviços sociais e de saúde e desrespeito pelos direitos constitucionais e legais do idoso. O nível médio remete para atitudes, condutas e políticas que afetam o idoso na comunidade, tais como: condutas antisociais e preconceitos contra a velhice, conduzindo os idosos à marginalização e discriminação. O nível micro refere-se aos conflitos que ocorrem no domicílio entre os idosos, os seus familiares e os seus cuidadores.

Sabe-se que os efeitos físicos e emocionais de tais eventos são frequentemente muito semelhantes aos provocados noutras populações. Paris (1996) indica que estes episódios ocorrem simultaneamente e ao longo do tempo, sendo suscetíveis de aumentar em frequência

e severidade. Sabe-se igualmente que partilham alguns fatores de risco, como a pobreza, os recursos limitados ou a vitimização anterior. Portanto, é essencial que tenham a mesma relevância na sociedade (Neno, & Neno, 2005).

Como novo problema social, é essencial estudar melhor as características da vítima e a intencionalidade dos agressores (Brammer & Biggs, 1998), pois em muitas sociedades a violência é vista como uma forma de agir “normal”, ficando “oculta” nos usos e costumes das relações entre as pessoas.

Assim, o abuso de idosos define-se, atualmente, como qualquer ação deliberada ou falta de ação, causando dano físico ou emocional a uma pessoa idosa, numa relação de confiança, em contexto doméstico ou institucional (Bonnie, & Wallace, 2003).

Nos Estados Unidos da América (National Center on Elder Abuse, 1998) definem-se sete tipos de abuso:

a) Abuso físico: o uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplo de abuso físico. A submedicação ou sobremedicação também se incluem nesta categoria.

b) Abuso sexual: contacto sexual não consentido, de qualquer tipo, com uma pessoa idosa, sendo este o tipo de abuso menos percebido, reconhecido, detetado e relatado (Roberto, Teaster, Nikzad, 2007). Acredita-se que ocorre no meio familiar por parte de cuidadores (Burguess, 2006) e que este seja um dos motivos para a sua não divulgação (Dyer, & Rowe, 1999). Easton (1999) refere três situações comuns de casos de violência sexual: um historial de incesto; conflitos conjugais e o abuso de um idoso homossexual por um homem mais novo da comunidade.

c) Abuso emocional ou psicológico: imposição de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais. A humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-

se nesta categoria. O medo, depressão, sentimento de insegurança, desproteção, desvalorização pessoal, receio de expressar livremente os seus pensamentos e ideias, bem como de reclamar o que considera injusto também se encaixam nesta categoria (Fundação Luiz Bernardo de Almeida, 2012). A violência física e psicológica estão extremamente interligadas, pois geralmente uma vem seguida da outra. Este tipo de violência tem como objetivo afastar o idoso da vida em sociedade, do convívio com os amigos e familiares (Tamião, 2010).

d) Exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso, sendo que este é o tipo de violência mais comum (Black, 2008). Quanto maior a riqueza relativa aos idosos, conjuntamente com a vulnerabilidade física e/ou mental, maior o risco exploração (Tamião, 2010).

e) Abandono: envolve a deserção da proximidade de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tenha a sua custódia ou que tenha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidado. É possível caracterizar dois tipos de abandono: o abandono total e o parcial. O abandono total ocorre quando o idoso está sozinho, sem cuidados primários, encontrando-se responsável por si próprio. O abandono parcial refere-se à falta temporária dos seus responsáveis, gerando perigo para o idoso devido ao tempo em que ele fica só, sem cuidados (Tamião, 2010).

f) Negligência: recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com o idoso. Existem duas formas de negligência, a ativa (i.e. intencional) e a passiva (i.e. não intencional) (Teaster, Dugar, & Mendiondo, 2006), sendo esta última frequentemente, a mais comum. A negligência pode ser vista como uma forma passiva de abuso, podendo resultar em repercussões físicas e psicológicas graves, tais como a não satisfação das necessidades básicas de comida, higiene e abrigo (Dyer, & Rowe, 1999).

g) Autonegligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (i.e. que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

Em suma, o abuso de idosos refere-se às ações intencionais que prejudicam ou criam dano ao idoso vulnerável, à falha do cuidador em satisfazer as necessidades básicas ou apenas proteger o mesmo e à observação direta ou indireta por partes de outros (Ockleford, et al., 2003).

Prevalência e incidência.

De acordo com algumas estimativas, 3% a 6% da população mundial com mais de 65 anos sofre de abuso e/ou negligência (Pillemer, & Finkelhor, 1998).

Nos Estados Unidos, mais de dois milhões de idosos sofrem violência a cada ano e apenas 19% dos casos chegam a conhecimento público, percebidos por vizinhos ou pela polícia (Fonseca, & Gonçalves, 2003). Países com maior acumulação de conhecimento sobre o tema revelam uma prevalência de abuso de 10% para toda a população idosa (Minayo, 2003).

De acordo com o National Elder Abuse Incident Study (1998, citado por Gonçalves, 2010) e o Departamento de Justiça dos Estados Unidos: a) a negligência é o tipo mais frequente de violência perpetrada contra os idosos (48.7%), seguida do abuso emocional (35.5%), abuso financeiro (30.2%) e o abuso físico (25.6%); b) os filhos são os principais perpetradores com 47.3% de incidentes registados, seguidos dos cônjuges (19,3), outros familiares (8.8%) e netos (8.6%); c) em quase 90% dos incidentes de abuso e negligência o

perpetrador é um familiar; d) as vítimas de autonegligência estão normalmente deprimidas, confusas ou extremamente frágeis.

Segundo Fulmer (2004), desde os finais da década de 70 começaram a desenvolver-se uma variedade de instrumentos, protocolos e diretrizes para ajudar os profissionais de saúde no rastreio, na deteção e avaliação da violência. Em Portugal ainda não há muitos estudos que permitam estimar a magnitude deste problema. No entanto, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) verificou que em 2013, 774 pessoas idosas foram vítimas de violência, o que significa 15 pessoas por semana, média de 2.1 pessoas por dia. Também Gonçalves (2010) indica que um em cada quatro idosos europeus foi vítima de pelo menos um acto de violência ao longo do último ano e quatro em cada dez idosos foram alvo de abuso físico, psicológico, sexual ou financeiro durante a vida. Sabe-se também que cerca de metade considera o abuso como um problema comum nos seus países (47%). Esta percentagem aumenta quando as pessoas idosas revelam limitações funcionais severas (56%), necessidade de cuidados de longa duração (54%), ou quando os entrevistados passaram por experiências de cuidados a familiares (54%) ou possuem familiares a residir em lares de idosos (54%).

Segundo um relatório apresentado pela OMS (2002) deve reconsiderar-se a causa de morte desta população, pois muitas vezes são atribuídas causas naturais, acidentais ou desconhecidas, e são na verdade consequência de abuso e negligência. Sendo Portugal o país com a maior taxa de mortalidade masculina e feminina acima dos 65 anos (Gonçalves, 2010).

Maus Tratos institucionais.

O abuso de idosos pode assumir uma dimensão institucional. Denominam-se de maus tratos institucionais e são causados por ação ou omissão, sendo geralmente praticados por pessoas que são remuneradas para prestarem cuidados e serviços aos idosos (e.g. enfermeiros, fisioterapeutas, animadores culturais, auxiliares, cuidadores e/ou vigilantes), em

locais como lares, centros de dia e acolhimento ou serviços de apoio ao domicílio (Dong, & Simon, 2009).

A maioria das respostas dirigidas à população idosa é dada pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Estas têm como principal objetivo criar e dinamizar regularmente atividades culturais, sociais, educacionais e de convívio (Valente, 2010). A passagem da década de 80 para a década de 90 mostra um crescimento relativamente às instituições de acolhimento, tendo sido construídas 487 novas instituições. Em 2001, o número total ascendia os 1230. No entanto, é frequente encontrar lares interiramente lotados, sendo que em 2001, cerca de 50 671 idosos estavam institucionalizados e 63 864 idosos encontravam-se em lista de espera (Gonçalves, 2010).

Os tipos de violência mais frequentemente praticada sobre os idosos em contexto institucional são as restrições excessivas, a sub ou sobremedicação, a agressão verbal, a exploração financeira, o abandono, a negligência, a infantilização, a despersonalização, a desumanização e a vitimização (Gonçalves, 2010).

A prevalência dos maus tratos institucionais tem sido raramente medida e referindo-se então um estudo clássico conduzido por Pillemer e Moore (1990) nos Estados Unidos, onde 10% do pessoal de enfermagem reportaram ter cometido atos de abuso físico e 40% admitiram atos de abuso psicológico a idosos, durante o primeiro ano de residência.

Outra questão tem a ver com as motivações que podem originar situações de violência, sendo elas: dificuldades com a equipa multidisciplinar (e.g. stress e burnout, fracas condições de trabalho, treino insuficiente e problemas psicológicos); dificuldades de relacionamento da equipa com os utentes (e.g. pouca e fraca comunicação, agressividade, falta de visitas por parte da família dos residentes e discriminação); o próprio ambiente da instituição (e.g. falta de privacidade, más instalações, uso de restrições; mudanças estruturais); e a prestação de

cuidados (e.g. falta nutrição, má assistência, alimentação inadequada, abuso financeiro) (Buzgová, & Ivanová, 2011).

É importante fazer uma distinção entre os atos individuais de abuso praticados por profissionais ou utentes da instituição, e o que se refere ao abuso institucionalizado, ou seja, o comportamento que prevalece na própria estrutura da instituição (Júnior, & Paschoal, 2007). A institucionalização do idoso foi recentemente reconhecida como um fator de risco para o abuso, tendo como precipitantes, a vulnerabilidade do idoso, o isolamento social e a eventual deterioração mental (Bužgová, & Ivanová, 2009).

A institucionalização é normalmente considerada aceitável por parte da pessoa idosa, e vista como uma alternativa para a sua família (Ockleford, et al., 2003). No âmbito Da violência intrafamiliar, muitas vezes é a única forma de separação da vítima do agressor (Wolf, & Pillemer, 2000). Para o idoso, a institucionalização representa uma fase de mudança, implica o estabelecimento de novas relações, a adaptação a um ambiente desconhecido, a diminuição ou perda do papel que desempenha na família e na sociedade e o aprender a lidar com os sentimentos de abandono e de ansiedade decorrente de todas estas alterações (Castro, 2011). Pode gerar sentimentos negativos, como a saudade dos seus familiares, que muitas vezes acabam por diminuir o número de visitas. Mas também gera sentimentos positivos, pois o idoso encontra-se a viver com pessoas da mesma idade que compreendem as suas limitações e preocupações (Tamião, 2010).

Modelos explicativos.

A origem da violência contra os idosos ainda não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que é multifatorial (Amstadter et al., 2011). As várias investigações sugerem-nos a existência de seis fatores principais, com consequências diretas no abuso de idosos: as dinâmicas intraindividuais; a transmissão intergeracional dos comportamentos violentos; os desiguais

níveis de dependência entre os agressores e os idosos; o isolamento social; e o stress externo.

Subjacente a cada um dos fatores mencionados anteriormente encontram-se os modelos explicativos, a saber (Dong, & Simon, 2009):

a) O modelo do stress situacional: em que os maus tratos se designam por uma situação que ocorre quando se gera stress por incapacidade física ou mental da vítima, bem como por condições socioeconómicas desfavoráveis e por baixas competências de coping do cuidador. Este fator é referido como a principal causa de abuso a idosos (Ockleford et al., 2003). Porém, Minayo (2003) alerta que pesquisas recentes desmistificam a ideia de que o stress do cuidador é um fator de risco para a violência, mas que não é um fator determinante (Wanderbroocke, & Moré, 2013). Porém, este modelo não consegue explicar porque razão algumas pessoas sob stress são violentas com os idosos e outras não (Dias, 2005).

b) A teoria da troca social: em que cada relação é caracterizada pela expectativa de que forneça benefícios ou recompensas (i.e. reciprocidade). O envelhecimento pode originar mais dependência e mais isolamento social, disputando no cuidador um sentimento exagerado de poder, mas simultaneamente menor recompensa por parte do outro (Ferreira-Alves, 2005). E por vezes torna-se pouco claro quem é dependente de quem (Dong, & Simon, 2009). A dependência acontece, por exemplo, ao nível do apoio financeiro para transportes, habitação e alimentação. Os estudos de Pillemer (1985, citado por Dong, & Simon, 2009) suportam este modelo, sendo que 64% dos agressores eram dependentes financeiramente dos idosos maltratados e 55% necessitavam destes em termos de apoio habitacional. Em suma, no âmbito da dependência podemos identificar duas perspetivas: a que enfatiza o stress experimentado pelo cuidador idoso, e a que salienta a dependência continuada do agressor em relação ao idoso (Dong, & Simon, 2009);

c) O modelo da violência transgeracional: corresponde a um ciclo de violência familiar, no qual as crianças maltratadas se tornam agressivas na fase adulta, por meio da aprendizagem social resultante da observação e/ou experiência. A transmissão do comportamento violento pode ser visto como um fator de risco, dado a importância que a infância tem no ser humano (Roberto, Teaster, & Nikzad, 2007). No entanto, esta abordagem deve ser mais bem sustentada, pois nem sempre os indivíduos reproduzem os comportamentos violentos que testemunharam enquanto crianças (Pillemer e Finkelhor, 1998; Dong, & Simon, 2009);

d) O modelo da violência bidirecional: aqui a violência e o abuso são um fenômeno bidirecional, que podem ser praticados pelo cuidador ou pela pessoa que recebe os cuidados. Trata-se de um modelo de interação, pois não são apenas os comportamentos que estão em causa, mas também a interpretação que cada um faz do comportamento do outro (Steinmetz, 1988);

e) O modelo da psicopatologia do perpetrador: propõe que o risco de abuso está associado às características do agressor. Entre elas, evidenciam-se a saúde mental e consumo e/ou dependência de substâncias aditivas (O’Keeffe, & Hills, 2007). Não existe consenso acerca desta relação direta, e Gelles (1987, citado por Dong, & Simon, 2009) refere que se deve considerar variáveis como a estrutura social (e.g., classe social, dificuldades econômicas e desemprego) como fatores precipitantes. Estudos realizados nos Estados Unidos indicaram que 38% dos abusadores têm história de doença mental (Ferreira-Alves, 2005);

f) O modelo socioecológico: que se apresenta como o mais generalizado, pois a violência é produto da interação entre as características individuais da vítima e do agressor, que são moldadas pelas condições sociais. No entanto, este modelo não é causal, pois as condições individuais podem acelerar ou aumentar as probabilidades de ocorrência de violência, e as

caraterísticas sociais podem fornecer um contexto onde a violência é mais ou menos provável (e.g. políticas de proteção à pessoa idosa) (Luoma et al., 2011).

Caraterísticas da vítima.

Compreender o perfil da vítima, do autor do abuso e do contexto em que ocorre é crucial para a deteção e prevenção de maustratos ao idoso (Ockleford, et al. 2003). Grande parte das primeiras pesquisas nesta área procurou estabelecer um perfil típico da vítima de abuso, garantido a heterogeneidade em que os mesmo são reconhecidos (McGarry &, Simpson, 2008). Normalmente, a vítima tem entre os 65 e os 80 anos, é de raça branca, encontra-se reformada, a residir em meio urbano, encontra-se socialmente isolada, dependente do agressor e tem uma relação de confiança com este (e.g. cônjuges, filhos do sexo masculino, vizinho, parente, cuidador, amigo da família, etc) (Ockleford, et al., 2003; Dong, & Simon, 2009), e que geralmente reside com o idoso (Acierno, Resnick, Kilpatrick, & Stark-Riemer, 2003).

As vítimas têm como caraterísticas principais, a não autossuficiência, a agressividade e a insatisfação, tornando-se por estes motivos mais vulneráveis (Bužgová, & Ivanová, 2011). Somam-se o sentimento de medo em revelar a existência de violência; o sentimento de culpa em relação ao ocorrido; o sentimento de vergonha, por não ter conseguido controlar ou superar a situação em que se encontra (Bezerra, Flora, Guarsoni, Sartori, Tonello, 2012), e a humilhação e constrangimento, resultantes da perda de autonomia (Fonseca, & Gonçalves, 2003).

Um estudo internacional (OMS, 2002) concluiu que os idosos percebem o abuso como sendo: negligência, incluindo o abandono, isolamento e exclusão social; violação dos direitos humanos, legais e médicos; privação de escolhas; e desrespeito (Neno & Neno, 2005).

Relativamente ao conhecimento que a vítima idosa tem sobre este tema, segundo um estudo realizado em Pernambuco com 315 idosos que sofreram algum tipo de violência,

46.3% sabia qual órgão público onde deveriam denunciar a situação, não tendo nenhum participante referenciado uma instituição que acolhesse esta população em particular. Quando questionados sobre um caso de abuso de que tivessem conhecimento, apenas 7.6% responderam afirmativamente. A reação da comunidade perante estes factos é de que 51.1% dos idosos não têm resposta ou opinião, 27% afirmaram que este comportamento deve ser desaprovado e que é necessário tomar medidas, e 21.9% afirma que a comunidade não toma qualquer atitude (Bolsoni, 2012).

As consequências da violência contra os idosos dependem do tipo de crime e da duração do mesmo, podendo variar de pessoa para pessoa. Podem ser consequências físicas, psicológicas e sociais, nomeadamente pânico geral, pânico de morrer, sensação de estar a viver um pesadelo e impressão de que o agressor tem raiva pessoal contra si. As consequências físicas incluem os resultados diretos da agressão e aqueles que acontecem como resposta ao stress que viveram, e que geralmente não se percebem no mesmo período de tempo. São elas: perda de energia, dores musculares, dores de cabeça, arrepios ou afrontamentos, problemas digestivos e tensão arterial alta. As consequências psicológicas podem ser a desconfiança, tristeza e diminuição da autoconfiança. E por fim, as consequências sociais, como o sentimento de solidão, e discussões familiares e conjugais.

Caraterísticas do agressor e cuidador.

Os cuidadores de pessoas idosas são classificados em três tipos: o institucional, que é solicitado pela instituição que o idoso frequenta; o cuidador domiciliar que é contratado pela família; e o familiar, que remete para os filhos, cônjuges ou outros familiares (Carvalho, & Rodrigues, 2009). O cuidador é a pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação de cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa

(e.g. vigilância e acompanhamento, administração da medicação e prestação direta de cuidados) (Andrade, 2009).

O agressor típico é normalmente uma pessoa próxima do idoso, apresentando-se em primeiro lugar, o filho homem, seguindo-se a noras e genro e por último, o próprio companheiro (Minayo, 2003). A sua idade é compreendida entre os 35 e os 45 anos (Ockleford, et al., 2003; Dong, & Simon, 2009). Apresenta como características principais, solidão e sentimentos de insegurança (Gonçalves, 2010).

Ramsey-Klawnsnik (citado por Amstadter, et al., 2011), baseado em investigações forenses e clínicas, propõe cinco tipos de criminosos. O oprimido, tido como bem intencionado e geralmente qualificado para prestar cuidados. O prejudicado, que é visto como competente, mas que tem problemas físicos ou de saúde mental que o impedem de prestar cuidados. É possível que estes não tenham consciência dos seus défices, sendo a negligência o tipo de abuso mais comum neste grupo. O narcisista, que estabelece uma relação com a vítima no sentido de satisfazer as suas próprias necessidades. Neste caso, é recorrente existirem situações de roubo e negligência, sendo a vítima um meio para atingir o seu fim. O dominador, que sente que tem o direito de exercer poder e autoridade sobre a vítima. Normalmente tem por base um comportamento adaptativo, podendo praticar crimes de negligência, abuso financeiro e abuso sexual. Por fim, o sádico, que é definido como delinquente, tendo associada uma personalidade sociopata e obtendo prazer em maltratar a vítima.

Quando o cuidador passa a agressor, a resposta típica social para este tipo de comportamento é a prestação de serviços comunitários, ao invés da abertura de um processo crime contra o mesmo (Sanchez, et al., 2008). Do ponto de vista da prevenção, justifica-se a implementação de programas de orientação e apoio ao cuidador (Júnior, & Paschoal, 2007). Desde 1980 que se tem estudado a complexidade da relação entre a vítima e o agressor. Por

um lado, o idoso vítima pode sentir-se constrangido ou fisicamente incapaz para pedir ajuda, por outro, o agressor pode minimizar as suas ações, contribuindo para a desvalorização ou subestimação da situação de abuso (Amstadter, et al., 2011). Por isso, a qualidade da relação estabelecida entre o agressor e a vítima é muito importante na forma de prevenção e intervenção (Fonseca & Gonçalves, 2003).

Concluindo, o abuso de idosos está mais relacionado com as características do agressor e cuidador do que com a própria vítima (Easton, 1999), e por esse motivo deve cuidar-se primeiro do cuidador para que as potenciais situações de abuso sejam evitadas (Gonçalves, 2010).

Diferenças de género.

Para nos tornarmos homem ou mulher, precisamos de nos submeter a um processo designado socialização de género, o qual é baseado nas expectativas que a cultura tem em relação a cada sexo. Dessa forma, a identidade de género é algo construído, que transcende o biológico (Ministério da Saúde, 2002).

Relativamente ao género do agressor, sabe-se que os homens e as mulheres têm comportamentos abusivos diferenciados. O sexo feminino é mais propenso a ser negligente para com as vítimas e o sexo masculino a praticar abuso físico, sexual, emocional ou exploração financeira (Thompson & Priest, 2005).

A pouca atenção dada ao género masculino como sendo vulnerável resulta do facto de os homens serem percecionados como perpetradores e não como vítimas de abuso (Roberto et al., 2007). Este facto advém de as mulheres serem mais vulneráveis, de por vezes se encontrarem numa situação de necessidade de cuidados pessoais, de falta de alternativas habitacionais, de incapacidade para reconhecer o próprio abuso, da sua longevidade ou das próprias circunstâncias da vida (McGarry, & Simpson, 2008). Além disso, os homens podem

considerar a ocorrência do abuso como um sinal de fraqueza ou de impotência, o que pode contribuir para a sua relutância em procurar ajuda (Roberto et al., 2007). Pillemer & Finkelhor (1998) descobriram que o relato efetivo às autoridades, o facto de as mulheres viverem mais comumente sozinhas (possibilidade de autonegligência), e o conhecimento de que o abuso pode não estar presente apenas nesta faixa etária, mas também enquanto são mais novas ou até mesmos durante a adolescência (violência continuada) (Abath, Leal & Filho, 2012) são fatores que tem influência na percepção da violência e na desigualdade de géneros. Também, o facto de a população ser maioritariamente feminina aumenta a probabilidade de violência contra as mulheres, independentemente de o agressor ser homem ou mulher (Correia, 2008).

No que concerne ao contexto onde ocorrem situações de violência, o interior da casa, é o local onde as mulheres são normamente a vítima e, na rua, os homens são as vítimas preferenciais (Minayo, 2003).

A personalidade do idoso e a postura por ele assumida marcam diferença na sua integração e funcionamento da família ou instituição. É possível observar diferenças quanto ao género, já que a mulher comumente toma uma atitude mais pró-ativa quanto às questões de saúde pessoal, está mais disponível para os cuidados de familiares dependentes e busca uma maior participação social. Por outro lado, os homens parecem ter maiores dificuldades em deixar a vida produtiva após a reforma, entristecem com mais frequência e apresentam maiores dificuldades de adaptação a esta fase (Wanderbroocke, & Moré, 2013).

Fatores e indicadores de risco.

A este respeito, Bronfenbrenner (1979) refere que o desenvolvimento do indivíduo é feito através de vários sistemas ecológicos que se encaixam uns nos outros: o macrosistema (i.e. padrão global de valores, crenças e ideologias que afetam o comportamento das pessoas), o

exossistema (i.e. ambientes em que a pessoa não tem uma participação ativa mas que influenciam o seu desenvolvimento, nomeadamente a ocupação profissional, a rede de apoio social e a comunidade), o mesossistema (i.e. interações entre dois ou mais contextos do microssistema) e o microssistema (i.e. tudo aquilo que está relacionado com o dia-a-dia da pessoa, como a relação com a família, com o lar/centro de dia e com todas as pessoas que compõem o seu microssistema, influenciando a sua autoimagem e potenciando o seu envolvimento com o mundo). Numa perspetiva sistémica, os diferentes subsistemas em que o indivíduo está inserido estão em constante interação, pelo que o que acontece a um elemento acaba por ter efeito sobre os restantes. Um dos fatores que pareceu contribuir para a violência contra as pessoas idosas é a crença, a nível macrossistémico, de que os idosos não têm papéis a cumprir e que a sua experiência também não é um conhecimento a adquirir (Porto, & Koller, 2008). Seguindo a mesma linha, o modelo de risco de maus-tratos a idosos destaca a importância de estudar a vítima, a pessoa responsável, e as suas interações e relações tipo (Buri, Daly, Hartz, & Jogerst, 2006).

Estudando estes sistemas, percebemos como é fundamentado o aumento da probabilidade de se verificar abuso, através dos fatores e indicadores de risco, dando-nos pistas de como o reduzido funcionamento intelectual (e.g. QI verbal e performance), físico (e.g. sensorial, funcional e mobilidade) e cognitivo (e.g. memória e execução), a fraca motivação e os traços de personalidade, assim como as fracas habilidades sociais (e.g. comunicação e assertividade) e a inteligência social (e.g. autoconsciência) podem levar a vítima e o agressor a uma situação de violência (Pinsker, McFarland, & Pachana, 2010).

Existem inúmeros indicadores que podem levar o cuidador, quer seja familiar ou profissional, a suspeitar que o idoso é vítima de abuso. Estes indicadores podem ser do tipo físico, psicológico, sexual e/ou financeiro. Por exemplo, a vítima pode apresentar lesões físicas, desnutrição ou desidratação, falta de cuidado de higiene, alteração do sono ou apetite,

estado de confusão, desespero, ansiedade ou medo, relutância em falar abertamente sobre o assunto, evitar o contato físico e verbal com cuidador, isolamento social, comportamento sexual desadequado, agressividade e/ou automutilação, uso inadequado do dinheiro da pessoa idosa por parte do cuidador e falta de tratamento médico. Quanto ao agressor, é comum este parecer cansado ou com níveis elevados de stress, excessivamente ou escassamente preocupado, comportar-se de forma agressiva e ter historial de abuso de substâncias (Amstadter, et al., 2011).

Estes resultados indicam que é necessário um estudo mais aprofundado e rigoroso, dos fatores desencadeantes do abuso a pessoas idosas (Brammer, & Biggs, 1998). Apesar de não haver uma visão clara na literatura acerca dos fatores de risco, a responsabilidade de identificar o abuso das pessoas idosas recai nos profissionais e na família (Fulmer et al., 2004). Muitas vezes o abuso é subtil, não sendo fácil discernir entre o stress de certas mudanças, próprias da idade, e o abuso tipificado (Marshall, 2009 citado por Ferreira-Alves, 2005), assim como o facto da vítima experienciar uma série de receios, como o medo de abandono, a institucionalização ou o sentimento de culpa (Ferreira-Alves, 2005).

De uma forma generalizada as relações familiares desgastadas, idosos dependentes, dificuldades financeiras, isolamento social, fatores culturais e socioeconómicos, distribuição de heranças e migração dos jovens (Sanches, et al., 2008), a inexistência de laços familiares próximos, uma história de violência familiar, a falta de recursos económicos, existência de psicopatologia do agressor e/ou cuidador, e a falta de apoio comunitário podem agravar o risco de violência (Gonçalves, 2010).

Prevenção e intervenção.

Muitos profissionais de direito penal acreditam que o número crescente de idosos tem como consequências um aumento das vítimas de criminalidade, mas, no entanto não contribui

para uma crescente preocupação sobre a vitimização, pesquisa e políticas de mudanças em relação aos idosos (Payne & Berg, 2003). Assim propõem-se várias ideias e estratégias para tornar estas medidas efetivas. O abuso é geralmente multifatorial e, portanto, a abordagem deve envolver todos os membros profissionais e deve ser centrada no idoso, respeitando a sua autonomia, confidencialidade e dignidade (McBride, 2011), tendo como prioridades a segurança da vítima, a saúde física e psicológica da mesma e do agressor e um plano de intervenção e prevenção adequado ao caso (Hempton, et al., 2010).

Numa perspectiva global, a abordagem com três níveis de intervenção parece ser o plano indicado para o presente problema. O primeiro foca-se nos direitos, segurança e saúde das pessoas idosas e na reformulação das atitudes da nossa sociedade (i.e. prevenção primária). O segundo plano, tem de considerar os fatores de risco e os procedimentos associados à sua identificação (i.e. prevenção secundária). E o terceiro passa por uma avaliação do indivíduo e das estratégias a desenvolver consoante as suas necessidades (Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009) (i.e. prevenção terciária).

A realidade de violência em contexto familiar e institucional tem conduzido alguns países a programarem políticas sociais com vista à proteção do cidadão sénior. Entre estas políticas sugerem-se as seguintes: incremento de medidas legislativas de proteção aos idosos vítimas de abuso; serviços de informação; campanhas de aconselhamento aos idosos sobre a necessidade de planificarem a doença e a reforma; programas integrados de prevenção primária, secundária e terciária para a violência contra os idosos; programas de apoio aos idosos e aos cuidadores; identificação das instituições e valências que intervêm neste domínio; criação de um sistema de gestão integrada da informação relativa aos maus tratos; criação de uma estrutura integrada de resposta à situação de maustratos (e.g. alojamento temporário, prestação de cuidados); formação de competências técnicas e comunicacionais entre os profissionais que intervêm nesta área (Dias, 2009); informar e consciencializar a

sociedade sobre a questão da violência; promover formação para profissionais que atuam na área da gerontologia, para identificação, tratamento e prevenção da violência; defender os idosos; estimular pesquisas sobre a questão da violência, para conhecer a extensão e a natureza da violência contra idosos, definindo necessidades e avaliando a eficácia de modelo de prevenção; desenvolver programas educativos para idosos que possibilitem o desenvolvimento da sua capacidade de autocuidado, promover a coesão familiar e a solidariedade intergeracional (Gonçalves, 2010).

Relativamente às estratégias de prevenção para redução da vitimização em instituições sugere-se que as mesmas de forma estrutural, aumentem a vigilância, acompanhem as investigações e julgem todos os possíveis casos de abuso, no caso de suspeita da sua ocorrência (McBride, 2011). Quanto aos profissionais, estes devem estabelecer uma relação de confiança com os utentes; serem capazes de encaminhar as famílias para os recursos existentes na comunidade; fortalecer os suportes sociais; identificar os cuidadores com maior risco e torná-los alvo de intervenção; observar as suas interações e dinâmicas familiares; combater o isolamento e a solidão; realizar avaliações físicas e mentais completas; e informar-se e informar o idoso acerca das leis que o apoiam (Gonçalves, 2010).

Existem, ainda, diversas formas de reduzir o abuso potencial por parte da vítima, são elas: manter-se ativo e continuar inseridos em atividades sociais; ter acesso a um telefone e usá-lo em privado; manter o contacto com a família e amigos; saber a sua situação financeira; saber onde são guardados os seus documentos; ter um familiar ou amigo que o visite regularmente sem aviso prévio e ter um plano de segurança de emergência contra o abuso; evitar o isolamento; participar em atividades sociais e comunitárias e ser autónomo e independente quanto possível. Uma das formas de combater a violência de forma macrossistémica, é a criação e integração de uma instituição de apoio ao idoso, promovendo a participação em seminários acerca do tema para sensibilizar a comunidade e propôr sessões de partilha de

ideias, experiências e perspectivas sobre o assunto com outras pessoas dessa faixa etária, com profissionais da área social e da saúde (Gonçalves, 2010).

Os programas destinados à redução ou à erradicação da violência contra os idosos raramente são destinados à família, por esta ser em muitos casos a responsável e autora da mesma (Fonseca, & Gonçalves, 2003). Por isso Fulmer (1989) e Flynn e Krothe (1999) sugerem as seguintes estratégias de prevenção: dar apoio às famílias que cuidam de idosos; publicitar os apoios existentes para as famílias que cuidam dos idosos e envolver todas as organizações comunitárias no desenvolvimento de novos apoios e projetos (Gonçalves, 2010).

Em forma de conclusão, Segundo Flynn e Krothe (1999) referem que o abuso é presumível, o que o torna prevenível, principalmente através de ações comunitárias. Para Menicalli, Dias, Silva e Vitorino (2009) qualquer processo de intervenção deve focalizar a especificidade dos problemas, dos fatores de risco e das possibilidades de mudança.

Para a maioria das pessoas existe uma dificuldade em compreender a ocorrência do problema, porque consideram que é um problema que não lhes é próximo. Nós, jovens e adultos, devemos ter em conta que todas as melhorias investidas nesta área, nos dias de hoje, constituem uma sociedade mais atenta e conseqüentemente um forma de viver esta etapa de forma digna e com respeito (Júnior, & Paschoal, 2007). Em vez de se aceitar ou reagir à violência, o ponto de partida é prevenção do comportamento violento e das suas conseqüências (Bolsoni, 2012).

Ainda que não se conheça bem a relação entre a violência contra os idosos e a presença de deterioração mental, é importante referir alguns aspetos para a prevenção desta doença que afeta a população a nível mundial. Atualmente, a terapêutica farmacológica das demências consegue apenas minimizar os sintomas e não curar ou prevenir a doença. De momento, com o objetivo de prevenção de declínio cognitivo e de demência, a melhor estratégia deverá incluir: a identificação dos fatores de risco vascular na população em geral, ao longo do

envelhecimento; a otimização da terapêutica dos fatores de risco vascular, com especial incidência na hipertensão, diabetes e acidentes vasculares cerebrais; a promoção de um estilo de vida saudável, que integre a prática de uma atividade física regular; e a vigilância regular de queixas cognitivas em indivíduos com fatores de risco vascular, tomando especial cuidado em indivíduos com associação de vários fatores de risco (Verdelho, 2010). Neste contexto, é importante salientar que se, por um lado, podemos controlar alguns fatores relacionados ao desenvolvimento de doenças, por outro, existe a necessidade de modificar as crenças e valores associados à vida moderna. Assim, poderemos estar melhor preparados para enfrentar os desafios impostos pela terceira idade (Carretta & Scherer, 2012).

Objetivos do Estudo

Tendo consciência de que a denúncia de situações de violência exercida contra as pessoas idosas é sempre difícil, e que com alguma frequência esta população é afetada pela presença de algum grau de deterioração mental, surge como principal questão estudar se a deterioração mental e a vulnerabilidade estão ou não relacionadas, contribuindo para potencializar as situações de violência. Desta questão emergiram os seguintes objetivos:

1. Caracterizar os atos de abuso a pessoas idosas, em contexto doméstico e institucional, avaliando as suas dinâmicas, causas e consequências.
2. Analisar se a vulnerabilidade para o abuso a pessoas idosas varia em função do género, sendo que a literatura sugere que as mulheres são mais propensas a experiências de maus tratos (Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. & Stark-Riemer, W. (2008);
3. Analisar se a vulnerabilidade para o abuso a pessoas idosas varia em função da deterioração mental, uma vez que as pessoas com demência necessitam de mais cuidados, tornando-as mais propensas a sofrer de abuso (Ferreira-Alves, 2005);
4. Finalmente, através dos dados recolhidos, pretende-se desenvolver um conjunto de linhas orientadoras que possam constituir um contributo para os planos de prevenção nesta área.

Método

Participantes

A pesquisa concretizou-se através de uma amostra recolhida em várias instituições, nomeadamente centros de dia, lar de idosos e centros de convívio localizados na margem sul do Tejo. A amostra incluiu um total de 144 idosos, 91 (63.2%) do género feminino e 53 (36.8%) do género masculino, com idades entre os 52 e os 96 anos ($M = 77.3$; $DP = 8.75$). O 1.º ciclo é o grau de escolaridade com maior representatividade (45.8%). A maioria dos idosos que compõe a amostra refere ser viúvo (54.2%), não ter casa própria (59.7%), viver num lar/centro de dia (57.6%), não fazer/receber visitas de amigos (63.2%) e ter como principal meio de subsistência a pensão/reforma (95.8%).

Procedimento

Primeiramente, para a realização deste estudo foi efetuada uma pesquisa sobre os instrumentos mais adequados, tendo-se posteriormente solicitado a respetiva autorização para a utilização dos mesmos. Em seguida foram seleccionadas e contactadas algumas instituições passíveis de participarem no estudo, no concelho de Almada. Foi construída a entrevista semi-estruturada, tendo em conta os objetivos do estudo. No sentido de uma melhor compreensão da pertinência do estudo foram realizadas reuniões com os responsáveis pelos vários centros de dia e lares, solicitando-se sempre as condições ideais (i.e. sala fechada e de fácil acesso aos idosos) para a entrevista, e destacando os deveres éticos do entrevistador. A amostra foi recolhida entre o mês de março e agosto, sempre após a obtenção do consentimento informado por parte dos participantes e/ou familiares. No término da entrevista foi feito um agradecimento a cada participante, bem como a cada instituição no último dia de recolha da amostra, com o comprometimento do envio da dissertação final. A análise estatística

elaborou-se com recurso ao programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Versão 22.

Instrumentos

A entrevista semi-estruturada dividiu-se em duas partes distintas: recolha de dados sociodemográficos (e.g. sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, relacionamento com os outros utentes e funcionários do lar e/ou centro de dia, qualidade de vida, bem como a perceção que tem acerca dos conhecimentos dos funcionários das instituições em que se encontram); e as questões relacionadas com a violência e a deterioração mental, recorrendo aos instrumentos previamente selecionados. A investigação contou com a utilização de três instrumentos, onde a maioria das respostas são de “sim” ou “não”, sendo na parte final realizado um teste relativo à memória dos participantes.

Vulnerability to abuse screening scale (VASS).

A “Vulnerability to Abuse Screening Scale” (VASS) foi desenvolvida no contexto de um estudo longitudinal sobre a Saúde da Mulher (Schofield et al. 2002), que analisou a saúde e bem-estar dos três grupos etários de mulheres; 18-23 anos, 45-50, e 70-75 anos durante um período de 20 anos. A VASS representa uma adaptação do H-S (Sengstock e Hwalek 1987), com a adição de algumas perguntas, uma baseada na Escala de Táticas de Conflito (CTS) (Strauss, 1979) e outra baseada numa ferramenta de rastreio desenvolvida para a avaliação de abuso durante a gravidez (McFarlane et al. 1992). A terceira pergunta: "Já teve um relacionamento violento com o(a) seu(a) cônjuge/companheiro(a)?" foi acrescentado posteriormente (Schofield et al. 2002).

O instrumento contempla quatro fatores: vulnerabilidade, dependência, desânimo e coerção (Schofield e Mishra, 2003). A amostra utilizada no desenvolvimento da VASS

Método

envolveu uma amostra de 10 421 mais pessoas com idades compreendidas entre os 73 e os 78 anos, tendo também sido avaliados os eventos de stress, o apoio social, a dependência, a saúde, as doenças agudas e crónicas, o uso dos serviços de saúde, o uso de medicamentos, o índice de massa corporal e os detalhes demográficos. O valor de Alfa de Cronbach para os quatro fatores foi: dependência (0,74), desânimo (0,44), vulnerabilidade (. 45) e coerção (0,31), demonstrando que a VASS tem uma consistência interna de moderada a boa, revelando-se uma adequada ferramenta de triagem breve.

Questions to elicit elder abuse (QEEA).

O "Question to Elicit Elder Abuse" (QEEA) (Carney, Kahan & Paris, 2003) foi adaptado para Portugal por José Ferreira Alves e Mónica Sousa (2005), num estudo sobre indicadores de maus tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência, numa população idosa da cidade de Braga. Os autores propõem um conjunto de 15 questões acerca dos indicadores prováveis de abuso. Todas as questões são de resposta fechada ("sim" ou "não") tendo como base vários domínios: a avaliação do abuso físico e de negligência (4 questões); a avaliação do domínio emocional (5 questões); e a exploração financeira (2 questões). Existe uma questão (questão 9) que funciona de forma diferente das restantes, questionando-se o utente sobre o que acontece quando a(s) pessoa(s) com quem vive não concordam consigo, apresentando-se 7 hipóteses às quais o utente responde "sim" ou "não". Cada participante obtêm uma pontuação, que resulta da soma das respostas afirmativas às perguntas, ou seja, quando o mesmo responde "sim" revelando um indicador de abuso. Existem duas questões (questão 12 e 13), que são exceção a esta regra, indicando abuso no caso de ser dada uma resposta negativa (Alves, 2005).

Mini mental state examination (MMSE).

Para medir o nível de demência do idoso, foi utilizado o "Mini Exame do Estado Mental" (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). A versão em português foi apresentada pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento e Demência (2008; Vergueiro, 2009), sendo semelhante à versão original. É utilizado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permitindo a avaliação da função cognitiva e o rastreio de quadros demenciais. É composto por diversas questões agrupadas em seis categorias, cada uma delas planeada com o objectivo de avaliar "funções" cognitivas específicas: orientação no tempo e espaço (10 pontos), retenção (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos), habilidade construtiva (1 ponto).

Apresentação e Discussão dos Resultados

Considerando a natureza descritivo-relacional do estudo, este capítulo organiza-se em dois subcapítulos principais: o primeiro referente à estatística descritiva (utilizada para a caracterização das variáveis sociodemográficas e para as frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão obtidas nas escalas utilizadas) e o segundo relativo à estatística inferencial (através da qual se pretende analisar as possíveis relações entre as diferentes variáveis). A normalidade das variáveis utilizadas neste estudo foi analisada através do Teste Kolmogorov-Smirnov e verificou-se que nenhuma delas apresenta uma distribuição normal ($p < .05$). Nesse sentido, para além de correlações de Spearman, da regressão multivariada e do teste do qui-quadrado, procedeu-se à aplicação dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para a realização da análise estatística recorreu-se ao software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 22.0).

Caraterização Demográfica

A amostra deste estudo incluiu um total de 144 idosos, 91 (63.2%) do género feminino e 53 (36.8%) do género masculino, com idades entre os 52 e os 96 anos ($M = 77.3$; $DP = 8.75$). O 1.º ciclo é o grau de escolaridade com maior representatividade (45.8%). A maioria dos idosos que compõe a amostra refere ser viúvo (54.2%), não ter casa própria (59.7%), viver num lar/centro de dia (57.6%), não fazer/receber visitas de amigos (63.2%) e ter como principal meio de subsistência a pensão/reforma (95.8%). A caracterização sociodemográfica destes elementos da amostra é apresentada na tabela 1.

Tabela 1

Caracterização da amostra

| | Variável | N | % |
|----------------------|-------------------|-----|-------------|
| Idade ¹ | | 144 | 77.3 (8.75) |
| Género | Feminino | 91 | 63.2 |
| | Masculino | 53 | 36.8 |
| Grau de escolaridade | Nenhum | 52 | 36.1 |
| | 1.º Ciclo | 66 | 45.8 |
| | 2.º Ciclo | 15 | 10.4 |
| | 3.º Ciclo | 1 | 0.7 |
| | Ensino Secundário | 5 | 3.5 |
| | Ensino Superior | 5 | 3.5 |

Apresentação e Discussão dos Resultados

| | | | |
|----------------------------|-------------------|-----|------|
| | Solteiro | 36 | 25.0 |
| Estado Civil | Casado | 27 | 18.8 |
| | Divorciado | 3 | 2.1 |
| | Viúvo | 78 | 54.2 |
| Vive em casa própria | Sim | 58 | 40.3 |
| | Não | 86 | 59.7 |
| Com quem vive | Esposo | 15 | 10.4 |
| | Filhos | 21 | 14.6 |
| | Sozinho | 21 | 14.6 |
| | Lar/Centro de Dia | 83 | 57.6 |
| Vai visitar/recebe visitas | Família | 4 | 2.8 |
| | Sim | 53 | 36.8 |
| | Não | 91 | 63.2 |
| Meio de subsistência | Pensão/reforma | 138 | 95.8 |
| | Outro | 6 | 4.2 |

[†] Resultados expressos através da frequência

No que se refere à saúde, a maioria dos idosos referiu ter um estado de saúde razoável (40.3%) ou bom (31.3%). Apenas 13 participantes (9%) classificaram o seu estado de saúde como muito mau e nenhum deles o classificou como muito bom (tabela 2).

Tabela 2

Estado de saúde dos idosos

| | Variável | N | % |
|-----------------|-----------|-----|------|
| Estado de saúde | Bom | 45 | 31.3 |
| | Razoável | 58 | 40.3 |
| | Mau | 28 | 19.4 |
| | Muito mau | 13 | 9.0 |
| | Total | 144 | 100 |

Relativamente à relação dos idosos com os outros utentes, a maioria considera que esta é boa (54.9%). Apenas 10 participantes (6.9%) consideram que esta relação é muito boa, mas nenhum deles a classifica como má ou muito má (tabela 3). A perceção dos idosos a respeito da sua relação com os funcionários segue a mesma tendência de resposta, na medida em que a maioria dos inquiridos a percebe como boa (56.9%). Não se registou qualquer resposta negativa a este nível (classificação da relação como má ou muito má) (tabela 3).

Tabela 3

Relacionamento dos idosos com os utentes e funcionários

| | Variável | N | % |
|----------------------------|-----------|----|------|
| Relação com outros utentes | Muito boa | 10 | 6.9 |
| | Boa | 79 | 54.9 |
| | Razoável | 55 | 38.2 |

| | | | |
|----------------|-----------|----|------|
| Relação com os | Muito boa | 13 | 9.0 |
| funcionários | Boa | 82 | 56.9 |
| | Razoável | 49 | 34.0 |

De acordo com os resultados obtidos para a perceção dos idosos face aos conhecimentos dos funcionários acerca dos cuidados que estes necessitam, 78 participantes (54.2%) consideram que este é bom e apenas 1 pessoa o considera mau (tabela 4).

Tabela 4

Perceção dos idosos face aos conhecimentos dos funcionários

| | Variável | N | % |
|------------------|-----------|-----|------|
| | Muito bom | 19 | 13.2 |
| Perceção face ao | Bom | 78 | 54.2 |
| conhecimento dos | Razoável | 46 | 31.9 |
| funcionários | Mau | 1 | 0.7 |
| | Total | 144 | 100 |

Indicadores de Abuso

De modo a caracterizar os atos de abuso a idosos em contexto doméstico e institucional, procedeu-se à análise descritiva dos itens que constituem o Questions to Elicit Elder Abuse primeiro instrumento utilizado (QEEA). A aplicação deste instrumento permitiu observar que 131 dos 144 participantes na amostra (91%) apresentam pelo menos um indício de abuso (tabela 5).

Tabela 5

Distribuição da amostra por existência de indicadores de abuso

| Existência de indicadores de abuso | N | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Indivíduos com indicadores | 131 | 91.0 |
| Indivíduos sem indicadores | 13 | 9.0 |
| Total | 144 | 100 |

Relativamente à amostra total, verifica-se que o número de indicadores de abuso varia entre 0 e 11. As percentagens são menores entre o 6 e o 11 comparativamente aos restantes indicadores. A maior percentagem de indicadores corresponde a três indicadores de abuso (N = 37; 25.7%) e a menor percentagem corresponde a sete, oito, nove e dez indicadores (N = 2; 1.4%) (tabela 6). A forma de abuso mais reportada foi o abuso psicológico (N = 119; 82.6%), seguido da negligência (N = 83; 57.6%), do abuso financeiro (N = 56; 38.9%) e do abuso físico (N = 53; 36.8%).

Tabela 6

Distribuição da amostra por quantidade de indicadores de abuso(QEEA)

| Quantidade de indicadores de abuso | N | % |
|------------------------------------|-----|------|
| 0 | 13 | 9.0 |
| 1 | 13 | 9.0 |
| 2 | 30 | 20.8 |
| 3 | 37 | 25.7 |
| 4 | 26 | 18.1 |
| 5 | 10 | 6.9 |
| 6 | 3 | 2.1 |
| 7 | 2 | 1.4 |
| 8 | 2 | 1.4 |
| 9 | 2 | 1.4 |
| 10 | 2 | 1.4 |
| 11 | 4 | 2.8 |
| Total | 144 | 100 |

No que diz respeito ao abuso físico, 46 participantes (31.9%) reportam ter sentido medo de alguém na sua casa, 18 (12.5%) referem que alguém lhes tocou no corpo sem autorização e 13 (9%) afirmam ter sido agarrados, batidos ou pontapeados (tabela 7).

Tabela 7

Indicadores de abuso físico (QEEA)

| Variável | | N | % |
|---|-----|-----|------|
| Atualmente sente medo de alguém na sua casa? | Sim | 46 | 31.9 |
| | Não | 98 | 68.1 |
| No último ano aconteceu ter sido agarrado, batido ou pontapeado por alguém? | Sim | 13 | 9.0 |
| | Não | 131 | 91.0 |
| No último ano aconteceu ter sido amarrado ou fechado num quarto? | Sim | 8 | 5.6 |
| | Não | 136 | 94.4 |
| No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão? | Sim | 18 | 12.5 |
| | Não | 126 | 87.5 |

Relativamente aos indicadores de abuso psicológico, 86 idosos (59.7%) referem sentir-se sozinhos, 36 (25%) foram ignorados quando esperavam que alguém falasse consigo e 24 (16.7%) foram ameaçados, castigados ou privados de algo (tabela 8).

Tabela 8

Indicadores de abuso psicológico (QEEA)

| Variável | | N | % |
|--|-----|-----|------|
| Atualmente sente-se sozinho? | Sim | 86 | 59.7 |
| | Não | 58 | 40.3 |
| No último ano alguma vez foi ameaçado de que seria castigado ou privado das coisas de que gosta, ou ainda de que seria posto num lar de pessoas idosas? | Sim | 24 | 16.7 |
| | Não | 120 | 83.3 |
| No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado por alguém quando o que esperava era que falassem ou conversassem consigo? | Sim | 36 | 25.0 |
| | Não | 108 | 75.0 |
| No último ano aconteceu ter sido forçado a comer? | Sim | 21 | 14.6 |
| | Não | 123 | 85.4 |

Ainda em relação aos indicadores de abuso psicológico, 77 participantes (53.5%) indicam que não é comum surgirem conflitos quando as pessoas com quem vivem não concordam consigo em alguma coisa, 42 (29.2%) referem ter conversas tranquilas e 25 (17.4%) experienciam situações de abandono/isolamento.

No que se refere aos indicadores de negligência (tabela 9), verifica-se que 67 participantes (46.5%) sentem falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços. A maior parte dos idosos que compõem a amostra consegue obter auxílio de emergência (89.6%) e ajuda para tarefas cotidianas (88.9%) (tabela 8). Esta ajuda é obtida principalmente através de um funcionário (60.4%), dos filhos (12.5%), da família (7.6%), do/a esposo/a (4.2%) ou dos vizinhos (3.5%).

Tabela 9

Indicadores de negligência (QEEA)

| Variável | | N | % |
|--|-----|-----|------|
| Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços? | Sim | 67 | 46.5 |
| | Não | 77 | 53.5 |
| No último ano alguma vez foi deixado sozinho, sem o desejar, por longos períodos de tempo? | Sim | 22 | 15.3 |
| | Não | 122 | 84.7 |
| Atualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo? | Sim | 129 | 89.6 |
| | Não | 15 | 10.4 |
| Quando precisa de ajuda para tarefas cotidianas, consegue obtê-la? | Sim | 128 | 88.9 |
| | Não | 16 | 11.1 |

Por fim, em relação ao abuso financeiro, 40 inquiridos (27.8%) reportam ter dado conta de que lhes retiraram dinheiro sem o seu consentimento e 27 (18.8%) têm alguém que depende de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro (tabela 10).

Tabela 10

Indicadores de abuso financeiro (QEEA)

| Variável | | N | % |
|---|-----|-----|------|
| 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 | 27 | 18.8 |
| | Não | 117 | 81.3 |
| No último ano deu conta de que lhe tinham tirado dinheiro sem o seu consentimento? | Sim | 40 | 27.8 |
| | Não | 104 | 72.2 |

Vulnerabilidade para o Abuso

De modo a caracterizar a vulnerabilidade para o abuso em pessoas idosas, procedeu-se à análise das dimensões que constituem a escala de Vulnerability of Abuse Screening Scale (VASS). Todos os idosos apresentam pelo menos um indício de vulnerabilidade ao abuso. No que se refere à amostra total, observa-se que o número de indícios de vulnerabilidade para o abuso variou entre 0 e 11. As percentagens são menores no 11 e no 9 comparativamente aos restantes indícios. A maior percentagem corresponde a três indícios (N = 38; 26.4%) e a menor percentagem corresponde onze indícios (N = 2; 1.4%) (tabela 11).

Tabela 11

Distribuição da amostra por quantidade de indicadores de abuso (VASS)

| Quantidade de indicadores de abuso | N | % |
|------------------------------------|-----|------|
| 1 | 7 | 4.9 |
| 2 | 16 | 11.1 |
| 3 | 38 | 26.4 |
| 4 | 33 | 22.9 |
| 5 | 14 | 9.7 |
| 6 | 8 | 5.6 |
| 7 | 7 | 4.9 |
| 8 | 14 | 9.7 |
| 9 | 5 | 3.5 |
| 11 | 2 | 1.4 |
| Total | 144 | 100 |

A dimensão com maior percentagem de respostas afirmativas (indicativas de vulnerabilidade ao abuso) foi a dependência (N = 135; 93.7%), seguida do desânimo (N = 113; 78.5%), da coerção (N = 83; 57.6%) e da vulnerabilidade (N = 48; 33.3%).

Na dimensão vulnerabilidade, registe-se o facto de 38 pessoas (26.4%) terem sido insultadas ou humilhadas por alguém que lhes é próximo e de 32 (22.2%) terem medo de alguém da sua família (tabela 12).

Tabela 12

Dimensão vulnerabilidade (VASS)

| Variável | | N | % |
|--|-----|-----|------|
| Tem medo de alguém da sua família? | Sim | 32 | 22.2 |
| | Não | 112 | 77.8 |
| Recentemente alguém que lhe seja próximo tentou magoá-lo ou prejudicá-lo? | Sim | 26 | 18.1 |
| | Não | 118 | 81.9 |
| Recentemente alguém que lhe seja próximo insultou-o, humilhou-o ou fê-lo sentir mal? | Sim | 38 | 26.4 |
| | Não | 106 | 73.6 |

Na dimensão dependência, a maioria dos participantes (52.8%) indica não conseguir responsabilizar-se pela toma dos medicamentos ou ter autonomia no dia-a-dia (tabela 13).

Tabela 13

Dimensão dependência (VASS)

| Variável | | N | % |
|--|-----|-----|------|
| Tem a privacidade suficiente na sua casa | Sim | 101 | 70.1 |
| | Não | 43 | 29.9 |
| Confia na maioria das pessoas da sua família? | Sim | 102 | 70.8 |
| | Não | 42 | 29.2 |
| Consegue responsabilizar-se pela toma dos seus medicamentos e ‘desenrascar-se’ sozinho no dia-a-dia? | Sim | 68 | 47.2 |
| | Não | 76 | 52.8 |

Na dimensão desânimo, 64.6% dos participantes afirma sentir-se triste ou sozinho frequentemente e 35.4% sente-se desagradado com alguém da sua família (tabela 14).

Tabela 14

Dimensão desânimo (VASS)

| Variável | | N | % |
|---|-----|-----|------|
| Sente-se triste ou sozinho frequentemente? | Sim | 93 | 64.6 |
| | Não | 51 | 35.4 |
| Sente que ninguém o quer por perto? | Sim | 15 | 10.4 |
| | Não | 129 | 89.6 |
| Sente-se desagradado com alguém da sua família? | Sim | 51 | 35.4 |
| | Não | 93 | 64.6 |

No que diz respeito à coerção, 44.4% dos inquiridos indica que alguém lhe retirou coisas que lhe pertenciam sem a sua permissão e 24.3% foi forçado a fazer algo contra a sua vontade (tabela 15).

Tabela 15

Dimensão coerção (VASS)

| Variável | | N | % |
|---|-----|-----|------|
| Alguém da sua família fá-lo ficar na cama ou diz-lhe que está doente quando não está? | Sim | 6 | 4.2 |
| | Não | 138 | 95.8 |
| Alguém o forçou a fazer algo que não queria fazer? | Sim | 35 | 24.3 |
| | Não | 109 | 75.7 |
| Alguém lhe retirou coisas que lhe pertenciam sem a sua permissão? | Sim | 64 | 44.4 |
| | Não | 80 | 55.6 |

Demência

A função cognitiva e eventualmente a demência dos inquiridos foram avaliadas através do Mini-Mental State Examination (MMSE). De acordo com os resultados obtidos para a amostra deste estudo, 74 pessoas (51.4%) apresentam défice cognitivo.

Na tabela 16, pode observar-se a distribuição dos valores de MMSE para indivíduos sem défice cognitivo. A média global da escala é de 23.0 valores, com um mínimo de 16 e um máximo de 30 respostas corretas. De acordo com os dados do percentil 90, constata-se que apenas 10% das pessoas tem uma pontuação acima de 29.

Tabela 16

Distribuição dos valores do MMSE em indivíduos sem défice cognitivo (N = 70)

| | M | DP | Mín. | Máx. | Percentil | | | | |
|-----------------|------|------|------|------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 |
| MMSE Global | 23.0 | 4.25 | 16 | 30 | 16.00 | 19.00 | 24.00 | 26.00 | 29.00 |
| Orientação | 8.1 | 1.75 | 4 | 10 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 10.00 | 10.00 |
| Retenção | 3.0 | 0.00 | 3 | 3 | 3.00 | 3.00 | 3.00 | 3.00 | 3.00 |
| Atenção/Cálculo | 3.3 | 1.86 | 0 | 5 | 0.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 |
| Evocação | 1.5 | 1.10 | 0 | 3 | 0.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 | 3.00 |
| Linguagem | 6.9 | 1.17 | 4 | 8 | 5.10 | 6.00 | 7.00 | 8.00 | 8.00 |
| Hab. Cognitiva | 0.2 | 0.43 | 0 | 1 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.25 | 1.00 |

A distribuição dos valores do MMSE em indivíduos com défice cognitivo encontra-se sumariada na tabela 17. O valor médio global da MMSE é de 14.6, com um mínimo de 4 e um máximo de 25 respostas corretas. De acordo com os valores do percentil 90, verifica-se que apenas 10% dos idosos tem uma pontuação acima de 21.

Tabela 17

Distribuição dos valores de MMSE em indivíduos com déficit cognitivo (N = 74)

| | M | DP | Mín. | Máx. | Percentil | | | | |
|-----------------|------|------|------|------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 |
| MMSE Global | 14.6 | 4.43 | 4 | 25 | 9.00 | 11.75 | 14.00 | 18.00 | 21.00 |
| Orientação | 4.7 | 3.14 | 0 | 10 | 0.00 | 3.00 | 4.50 | 7.00 | 9.50 |
| Retenção | 2.9 | 0.50 | 0 | 3 | 3.00 | 3.00 | 3.00 | 3.00 | 3.00 |
| Atenção/Cálculo | 0.9 | 1.20 | 0 | 5 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 2.00 | 2.00 |
| Evocação | 0.6 | 0.92 | 0 | 3 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.00 | 2.00 |
| Linguagem | 5.4 | 1.34 | 1 | 8 | 4.00 | 4.00 | 6.00 | 6.00 | 7.00 |
| Hab. Cognitiva | 0.1 | 0.23 | 0 | 1 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

A frequência de respostas corretas no MMSE (para os indivíduos com e sem déficit cognitivo) pode ser consultada na tabela 18. Nos indivíduos sem déficit cognitivo, a maior percentagem corresponde a 25 respostas corretas (N = 11; 15.7%) e a menor percentagem corresponde a 30 respostas corretas (N = 1; 1.4%). Nos indivíduos com déficit cognitivo, a maior percentagem corresponde a 13 respostas corretas (N = 10; 13.5%) e a menor percentagem corresponde a 24/25 respostas corretas (N = 1; 1.4%).

Tabela 18

Distribuição da amostra por quantidade de respostas corretas do MMSE

| Indivíduos sem défice cognitivo | | | Indivíduos com défice cognitivo | | |
|---------------------------------|----|------|---------------------------------|----|------|
| Quantidade | | | Quantidade | | |
| de respostas | N | % | de respostas | N | % |
| corretas | | | corretas | | |
| 16 | 8 | 11.4 | 4 | 1 | 1.4 |
| 17 | 3 | 4.3 | 8 | 5 | 6.8 |
| 18 | 5 | 7.1 | 9 | 6 | 8.1 |
| 19 | 5 | 7.1 | 10 | 1 | 1.4 |
| 21 | 2 | 2.9 | 11 | 5 | 6.8 |
| 22 | 1 | 1.4 | 12 | 5 | 6.8 |
| 23 | 5 | 7.1 | 13 | 10 | 13.5 |
| 24 | 9 | 12.9 | 14 | 5 | 6.8 |
| 25 | 11 | 15.7 | 15 | 6 | 8.1 |
| 26 | 10 | 14.3 | 16 | 6 | 8.1 |
| 28 | 2 | 2.9 | 17 | 3 | 4.1 |
| 29 | 8 | 11.4 | 18 | 5 | 6.8 |
| 30 | 1 | 1.4 | 19 | 4 | 5.4 |
| - | - | - | 20 | 4 | 5.4 |
| - | - | - | 21 | 3 | 4.1 |
| - | - | - | 22 | 3 | 4.1 |
| - | - | - | 24 | 1 | 1.4 |
| - | - | - | 25 | 1 | 1.4 |
| Total | 70 | 100 | Total | 74 | 100 |

Atos de Abuso a Idosos

No que diz respeito à estatística inferencial, a caracterização do abuso, realizou-se através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, tendo em conta as pontuações obtidas pelos participantes nas diferentes dimensões do QEEA. Este coeficiente permite interpretar associação entre variáveis quantitativas e, após análise do resultado do teste de significância, julgar acerca do seu significado estatístico. Verifica-se que existe uma inter-relação entre os tipos de abuso identificados pelo QEEA, como apresentado na tabela 19.

Tabela 19

Coeficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do QEEA

| | QEEA Global | QEEA Abuso Físico | QEEA Abuso Psicológico | QEEA Negligência | QEEA Abuso financeiro |
|------------------------|-------------|-------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| QEEA Global | 1 | 0.490* | 0.744* | 0.400* | 0.419* |
| QEEA Abuso Físico | 0.490* | 1 | 0.307* | -0.159 | 0.235* |
| QEEA Abuso Psicológico | 0.744* | 0.307* | 1 | 0.055 | 0.284* |
| QEEA Negligência | 0.400* | -0.159 | 0.055 | 1 | -0.250* |
| QEEA Abuso financeiro | 0.419* | 0.235* | 0.284* | -0.250* | 1 |

* Correlação significativa para $p < .001$

A pontuação global no QEEA encontra-se estatisticamente associada ($p < .001$) de forma positiva com os resultados em todas as suas dimensões. A dimensão negligência apresenta uma correlação negativa com a dimensão abuso físico, abuso financeiro e abuso psicológico,

ainda que esta última correlação não seja estatisticamente significativa. Estes resultados indicam que os participantes vítimas de maior negligência apresentam menor índice de abuso físico e financeiro.

Adicionalmente, não se verificou associação entre os resultados globais do QEEA, ou de nenhuma das suas dimensões, e a idade dos participantes ($p > .05$).

A análise das diferenças no QEEA em função das variáveis sociodemográficas, interpretadas através dos valores médios obtidos na escala e nas suas dimensões, e também a partir do significado estatístico dos testes de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis, encontra-se na tabela 20. Apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos resultados do QEEA no que diz respeito ao abuso psicológico ($U = 1808, p = .006$), por género, nomeadamente na pontuação média mais elevada registada nas mulheres ($M = 1.6$; $DP = 1.25$) do que nos homens ($M = 1.0$; $DP = .94$).

Tabela 20

Média, desvio padrão e significado estatístico nos resultados do QEEA, de acordo com o género, escolaridade, estado civil, posse de casa própria e meios de subsistência

| | QEEA Global | | Físico | | Psicológico | | Negligência | | Financeiro | |
|---------------------|-------------|----------|------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|------------|----------|
| | M (DP) | <i>p</i> | M (DP) | <i>P</i> | M (DP) | <i>p</i> | M (DP) | <i>p</i> | M (DP) | <i>p</i> |
| Género | | | | | | | | | | |
| Feminino | 3.5 (2.46) | 0.08 | 0.6 (1.09) | 0.77 | 1.6 (1.25) | 0.006 | 0.9 (0.95) | 0.18 | 0.5 (0.66) | 0.76 |
| Masculino | 2.8 (2.08) | | 0.5 (0.91) | | 1.0 (0.94) | | 0.7 (0.98) | | 0.5 (0.61) | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| S/ escolaridade | 3.5 (2.12) | | 0.6 (1.05) | | 1.5 (1.15) | | 0.9 (0.98) | | 0.5 (0.64) | |
| 1º Ciclo | 3.1 (2.47) | | 0.6 (0.99) | | 1.3 (1.21) | | 0.7 (0.98) | | 0.5 (0.66) | |
| 2º Ciclo | 2.5 (2.03) | 0.40 | 0.5 (0.08) | 0.96 | 0.9 (0.74) | 0.13 | 0.9 (0.83) | 0.18 | 0.3 (0.46) | 0.61 |
| 3º Ciclo | 4.0 (0.00) | | - | | 2.0 | | 1.0 | | 1.0 | |
| Ens. Secundário | 3.8 (2.39) | | 0.8 (1.30) | | 1.2 (1.10) | | 1.4 (1.14) | | 0.4 (0.55) | |

Violência Contra Idosos: Vulnerabilidades(s) e Contributos para a Prevenção e Intervenção

| | | | | | | | | | | |
|------------------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| Ens. Superior | 4.0 (4.06) | | 1.0 (1.73) | | 2.0 (1.73) | | 0.2 (0.45) | | 0.8 (0.84) | |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| Solteiro | 3.0 (2.22) | | 0.5 (0.97) | | 1.1 (1.00) | | 0.9 (1.00) | | 0.5 (0.65) | |
| Casado | 3.7 (2.83) | 0.36 | 0.6 (1.19) | 0.29 | 1.7 (1.46) | 0.19 | 0.8 (0.92) | 0.28 | 0.5 (0.75) | 0.68 |
| Divorciado | 1.7 (0.58) | | - | | 1.0 (0.00) | | - | | 0.7 (0.58) | |
| Viúvo | 3.3 (2.27) | | 0.7 (1.02) | | 1.4 (1.13) | | 0.8 (0.97) | | 0.4 (0.59) | |
| Tem casa própria | | | | | | | | | | |
| Sim | 3.3 (2.36) | 0.96 | 0.6 (0.95) | 0.44 | 1.4 (1.17) | 0.47 | 0.8 (0.99) | 0.81 | 0.4 (0.60) | 0.72 |
| Não | 3.2 (2.36) | | 0.6 (1.08) | | 1.3 (1.17) | | 0.8 (0.94) | | 0.5 (0.66) | |
| Subsistência | | | | | | | | | | |
| Pensão/ reforma | 3.3 (2.39) | 0.92 | 0.6 (1.04) | 0.06 | 1.4 (1.18) | 0.30 | 0.8 (0.98) | 0.99 | 0.5 (0.64) | 0.26 |
| Outros | 2.8 (1.17) | | - | | 1.5 (0.84) | | 0.7 (0.52) | | 0.7 (0.52) | |

Relativamente aos idosos institucionalizados, não se registaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados do QEEA em função da relação com utentes ou funcionários e também dos conhecimentos dos funcionários (tabela 21).

Tabela 21

Média, desvio padrão e significado estatístico nos resultados do QEEA, de acordo com o estado de saúde, a relação com utentes e funcionários e a perceção do conhecimento dos funcionários

| | QEEA Global | | Físico | | Psicológico | | Negligência | | Financeiro | |
|-----------------|-------------|----------|------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|------------|----------|
| | M (DP) | <i>p</i> | M (DP) | <i>p</i> | M (DP) | <i>P</i> | M (DP) | <i>p</i> | M (DP) | <i>p</i> |
| Estado de saúde | | | | | | | | | | |
| Muito bom | - | | - | | - | | - | | - | |
| Bom | 3.1 (2.11) | | 0.4 (0.81) | | 1.2 (1.00) | | 1.0 (1.08) | | 0.4 (0.58) | |
| Razoável | 3.2 (2.56) | 0.9 | 0.7 (1.13) | 0.49 | 1.4 (1.26) | 0.84 | 0.7 (0.80) | 0.45 | 0.5 (0.68) | 0.66 |
| Mau | 3.4 (2.30) | | 0.5 (1.07) | | 1.4 (1.22) | | 0.9 (1.18) | | 0.6 (0.63) | |
| Muito mau | 3.5 (2.50) | | 0.9 (1.14) | | 1.5 (1.27) | | 0.8 (0.60) | | 0.4 (0.65) | |
| Relação utentes | | | | | | | | | | |

Apresentação e Discussão dos Resultados

| | | | | | | | | | | |
|---------------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| Muito bom | 2.8 (1.75) | | 0.5 (0.97) | | 1.2 (0.92) | | 0.80 | | 0.3 (0.68) | |
| | | | | | | | (0.92) | | | |
| Bom | 3.2 (2.23) | 0.99 | 0.5 (0.99) | 0.59 | 1.3 (1.07) | 0.97 | 0.9 | 0.99 | 0.5 (0.64) | 0.55 |
| Razoável | 3.4 (2.63) | | 0.7 (1.10) | | 1.4 (1.34) | | 0.8 (0.77) | | 0.5 (0.63) | |
| Mau | - | | - | | - | | - | | - | |
| Muito mau | - | | - | | - | | - | | - | |
| <hr/> | | | | | | | | | | |
| Relação | | | | | | | | | | |
| funcionários | | | | | | | | | | |
| Muito bom | 2.9 (1.68) | | 0.38 | | 1.3 (0.95) | | 0.77 | | 0.4 (0.77) | |
| | | | (0.870) | | | | (0.832) | | | |
| Bom | 3.4 (2.64) | | 0.66 | | 1.39 | | 0.85 | | 0.5 (0.63) | |
| | | | (1.136) | | (1.26) | | (1.090) | | | |
| Razoável | 3.1 (1.97) | 0.96 | 0.53 | 0.59 | 1.3 (1.07) | 0.97 | 0.82 | 0.71 | 0.4 (0.61) | 0.55 |
| | | | (0.868) | | | | (0.755) | | | |
| Mau | - | | - | | - | | - | | - | |
| Muito mau | - | | - | | - | | - | | - | |
| <hr/> | | | | | | | | | | |
| Conhecimentos | | | | | | | | | | |
| funcionários | | | | | | | | | | |
| Muito bons | 3.4 (2.54) | 0.56 | 0.53 | 0.47 | 1.4 (1.26) | 0.44 | 0.84 | 0.70 | 0.6 (0.77) | 0.28 |
| | | | (1.020) | | | | (1.119) | | | |
| Bons | 3.2 (2.30) | | 0.54 | | 1.4 | | 0.91 | | 0.4 (0.57) | |
| | | | (1.015) | | (1.139) | | (1.047) | | | |
| Razoáveis | 3.2 (2.43) | | 0.72 | | 1.3 (1.19) | | 0.72 | | 0.5 (0.66) | |
| | | | (1.068) | | | | (0.720) | | | |
| Maus | 5.0 | | 0.0 | | 3.0 | | 0.0 | | 2.0 | |
| Muito maus | - | | - | | - | | - | | - | |

Paralelamente, também se analisou a relação entre as escalas QEEA e VASS. Como seria de esperar, existe uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre os resultados globais das duas escalas ($r_{\text{Spearman}} = .372; p < .001$), o que indica que os indivíduos com maior prevalência de indicadores de abuso são os que apresentam maior vulnerabilidade. Estas associações repetem-se, de uma forma geral, nas diferentes subescalas, com diferentes níveis de significado estatístico, como se pode ver na tabela 22.

Tabela 22

Coefficiente de correlação de Spearman entre as dimensões do QEEA e da VASS

| | VASS | VASS | VASS | VASS | VASS |
|---------------------------|---------|-----------------|-------------|----------|---------|
| | Global | Vulnerabilidade | Dependência | Desânimo | Coerção |
| QEEA Global | 0.498** | 0.495** | 0.096 | 0.185* | 0.479** |
| QEEA Abuso Físico | 0.488** | 0.514** | -0.024 | 0.203* | 0.540** |
| QEEA Abuso Psicológico | 0.447** | 0.435** | 0.094 | 0.167* | 0.435** |
| QEEA Negligência | -0.174 | -0.270 | -0.051 | 0.005 | -0.085 |
| QEEA Abuso financeiro | 0.494** | 0.610** | 0.300** | 0.041 | 0.228** |

* Correlação significativa para $p < .05$

** Correlação significativa para $p < .001$

Vulnerabilidade para o Abuso e Género

Na tabela 23 pode observar-se a frequência de respostas afirmativas por cada género às questões da VASS. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros apenas na questão 11, concluindo-se que as mulheres reportam com mais frequência terem sido forçadas a fazer algo que não queriam do que os homens ($\chi^2(1)=5.6; p = .02$).

Tabela 23

Diferenças de gênero na vulnerabilidade ao abuso, de acordo com cada item

| Itens | Feminino | Masculino | P (Qui-quadrado) |
|---|----------|-----------|---------------------|
| 1. Tem medo de alguém da sua família? | 22.0% | 22.6% | 0.93 |
| 2. Recentemente alguém que lhe seja próximo tentou magoá-lo ou prejudicá-lo? | 18.7% | 17.0% | 0.80 |
| 3. Recentemente alguém que lhe seja próximo, insultou-o, humilhou-o ou fê-lo sentir se mal? | 25.3% | 28.3% | 0.69 |
| 4. Tem a privacidade suficiente na sua casa? | 68.1% | 73.6% | 0.49 |
| 5. Confia na maioria das pessoas da sua família? | 73.6% | 66.0% | 0.33 |
| 6. Consegue responsabilizar-se pela toma dos seus medicamentos e “desenrascar-se” sozinho no dia-a-dia? | 49.5% | 43.4% | 0.48 |
| 7. Sente-se triste ou sozinho frequentemente? | 64.8% | 64.2% | 0.93 |
| 8. Sente que ninguém o quer por perto? | 11.0% | 9.4% | 0.77 |
| 9. Sente-se desagradado com alguém da sua família? | 35.2% | 35.8% | 0.93 |
| 10. Alguém da sua família fá-lo ficar na cama ou diz-lhe que está doente quando não está? | 6.6% | 0.0% | 0.06 |
| 11. Alguém o forçou a fazer algo que não queria fazer? | 30.8% | 13.2% | 0.02 |
| 12. Alguém lhe retirou coisas que lhe pertenciam sem a sua permissão? | 44.0% | 45.3% | 0.88 |

Como seria de esperar, dadas as respostas a cada questão da escala VASS, não se registam diferenças entre géneros em nenhuma das dimensões avaliadas por este instrumento (tabela 24).

Tabela 24

Diferenças de género na vulnerabilidade ao abuso, de acordo com cada uma das dimensões

| | Género | | | | <i>p</i> (Mann-Whitney) |
|-----------------|----------|------|-----------|------|----------------------------|
| | Feminino | | Masculino | | |
| | M | DP | M | DP | |
| VASS Global | 4.5 | 2.25 | 4.3 | 2.15 | 0.348 |
| Vulnerabilidade | 0.7 | 1.07 | 0.7 | 1.03 | 0.905 |
| Dependência | 1.9 | 0.85 | 1.9 | 0.83 | 0.430 |
| Desânimo | 1.1 | 0.82 | 1.1 | 0.79 | 0.942 |
| Coerção | 0.8 | 0.77 | 0.6 | 0.63 | 0.100 |

Vulnerabilidade para o Abuso e Deterioração mental

Ao analisar a vulnerabilidade para o abuso de acordo com a existência de défice cognitivo, verifica-se uma associação negativa entre o resultado global na escala VASS e o resultado global na escala MMSE. Este resultado indica que os indivíduos com maior vulnerabilidade para o abuso apresentam menor pontuação nas questões que avaliam a capacidade cognitiva. Contudo, a associação entre os resultados globais das duas escalas não se pode considerar estatisticamente significativa ($r_{\text{Spearman}} = -.006$; $p = .94$). Encontraram-se resultados indicativos da inexistência de diferenças significativas ($p < .05$) para a associação entre os diferentes domínios de ambas as escalas.

Estes resultados repetem-se, como esperado, quando se analisa as diferenças na pontuação média na escala VASS entre participantes com défice cognitivo e participantes sem défice cognitivo (tabela 25).

Tabela 25

Diferenças na média da escala VASS entre participantes com e sem défice cognitivo

| | MMSE_Classificação | | | | <i>P</i> (Mann-Whitney) |
|-----------------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------------|
| | Sem défice cognitivo | | Com défice cognitivo | | |
| | M | DP | M | DP | |
| VASS Global | 4.4 | 2.35 | 4.3 | 2.09 | 0.966 |
| Vulnerabilidade | 0.7 | 1.06 | 0.7 | 1.05 | 0.909 |
| Dependência | 1.9 | 0.87 | 1.9 | 0.81 | 0.767 |
| Desânimo | 1.1 | 0.88 | 1.1 | 0.74 | 0.582 |
| Coerção | 0.8 | 0.76 | 0.6 | 0.69 | 0.126 |

Preditores de Abuso

De acordo com os resultados obtidos, tentou-se construir um modelo teórico que indicasse os preditores de abuso, medido através dos resultados na escala QEEA. Para isto, utilizou-se um procedimento estatístico de regressão multivariada considerando como variável dependente a pontuação global no QEEA e como preditores as variáveis sociodemográficas e os resultados nas dimensões da escala VASS e MMSE.

Considera-se que este procedimento é útil neste tipo de situações e poderá lançar pistas acerca da direção a seguir na inferência a partir dos dados (Pestana & Gageiro, 2005).

Considera-se o modelo resultante um bom preditor de resultados no QEEA ($F(5,143) = 16.9$; $p < .001$; $R^2_{ajust.} = .36$). Os coeficientes e preditores encontram-se na tabela 26.

Tabela 26

Preditores e coeficientes no modelo construído

| Preditores | Beta | Erro padrão |
|----------------------|--------|-------------|
| VASS Vulnerabilidade | 0.801 | 0.164 |
| VASS Coerção | 1.147 | 0.237 |
| MMSE Global | -0.051 | 0.026 |
| Com quem vive? | -0.263 | 0.153 |
| Visitas? | 0.706 | 0.342 |

Assim, tendo em conta as codificações atribuídas às variáveis que representam os preditores, pode inferir-se que níveis mais altos de vulnerabilidade e coerção na escala VASS, maior défice cognitivo geral, viver sozinho e não fazer/receber visitas são os principais preditores de abuso aos idosos.

Seguidamente comparam-se os resultados obtidos no estudo face aos resultados encontrados na literatura, sendo que o presente estudo teve como objetivos caracterizar os atos de abuso a idosos, analisar se a vulnerabilidade para o abuso varia em função do género e da deterioração mental e, com base nos resultados encontrados na amostra utilizada, desenvolver um conjunto de linhas orientadoras que possam constituir os alicerces de um plano de prevenção nesta área. De uma maneira geral, os resultados mostram que o abuso psicológico é a forma de abuso mais reportada pelos inquiridos (registando-se uma pontuação média mais elevada nas mulheres), a vulnerabilidade ao abuso não varia em função do género em nenhuma das dimensões da VASS e não há diferenças significativas para a associação entre as diferentes dimensões da escala VASS e da MMSE, apesar de os indivíduos com maior vulnerabilidade para o abuso apresentarem menor pontuação nas questões que avaliam a capacidade cognitiva. Através da construção de um modelo teórico que indicasse

preditores do abuso, medido através da escala QEEA, verificou-se que a vulnerabilidade e coerção na escala VASS, o maior déficit cognitivo geral, viver sozinho e não fazer/receber visitas são os principais preditores de abuso aos idosos.

Caraterização dos Atos de Abuso a Idosos

No que diz respeito à caraterização dos atos de abuso a idosos (Objetivo 1), regista-se que a grande maioria dos participantes apresenta pelo menos um indício de abuso. Com efeito, a quantidade de inquiridos que não apresenta qualquer indício de abuso é de apenas 9%, o que se constitui como um indicador de maustratos num número muito significativo de pessoas idosas.

No que se refere aos resultados obtidos para as dimensões da QEEA, estes mostram que o abuso emocional e a negligência são as formas de abuso mais reportadas, seguidas do abuso financeiro e do abuso físico (este último com uma frequência de cerca de 37%, valor que ainda é muito elevado). Os resultados deste estudo encontram-se em concordância com a literatura nacional, que tem mostrado de forma consistente que o abuso psicológico e a negligência são as formas de abuso com maior taxa de prevalência entre os idosos (e.g., Ferreira-Alves, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Rísio, 2012; Soares et al., 2010; Vergueiro, 2009). De acordo com Santos e colegas (2013), numa revisão crítica sobre a prevalência da violência contra as pessoas idosas, em mais de 70% dos estudos que abordam a temática o abuso psicológico é o mais frequentemente reportado. Pelo contrário, o abuso físico é o menos frequentemente observado nos estudos de prevalência do abuso (Cf. Santos et al., 2013).

Os resultados deste estudo também foram encontrados a nível internacional (e.g., Acierno et al., 2010; Cooper, Selwood, & Livingston, 2008; Lachs & Pillemer, 2004; Yan, Kum, &

Yeung, 2002), confirmando que o abuso psicológico e a negligência são, de facto, as formas de abuso mais prevalentes entre os idosos.

De forma mais concreta, na dimensão referente ao abuso psicológico a maior parte dos participantes refere sentir-se sozinho, seguindo-se o facto de serem ignorados e ameaçados, castigados ou privados de algo. Na dimensão negligência, quase metade indica sentir falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços, mas, ainda assim, a maioria consegue obter auxílio de emergência ou ajuda para as tarefas quotidianas (principalmente através dos funcionários e dos filhos). Na dimensão abuso financeiro, os idosos indicam terem dado conta de lhes ser retirado dinheiro sem o seu consentimento. Por fim, na dimensão abuso físico a resposta com maior taxa de prevalência refere-se ao facto de os idosos sentirem medo de alguém em sua casa, mas também referem ter sido tocados sem autorização e agarrados, batidos ou pontapeados.

Outro resultado que merece atenção é ao facto de não se ter observado qualquer associação entre os resultados globais do QEEA ou das suas dimensões e a idade dos participantes. Considerando a amplitude de idades na amostra utilizada (dos 52 aos 96 anos) e o facto de a literatura mostrar uma associação entre a idade avançada e os indícios de violência contra os idosos (e.g., Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Schofield & Mishra, 2003), esta ausência de uma relação significativa entre as variáveis não era expectável. Além disso, devido a fatores como a falta de autonomia ou a solidão, as pessoas com mais idade são aquelas que mais recorrem aos lares e centros de dia, o que, só por si, pode ser um indicador de abuso (Dias, 2005). Ainda, assim, os resultados obtidos estão em concordância com os obtidos por Rísio (2012), que também não encontrou diferenças estatisticamente significativas para os indicadores de abuso em função da idade. Os dados obtidos podem relacionar-se com as características da própria amostra ou outros fatores alheios aos aspetos metodológicos,

exigindo que investigações futuras analisem a relação entre estas variáveis de forma mais detalhada.

Ao nível da associação entre as variáveis sociodemográficas e o QEEA, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao abuso psicológico, com as mulheres a obterem uma pontuação média mais elevada do que os homens nesta dimensão. A literatura sobre o tema mostra que as mulheres apresentam um maior número de indicadores de abuso (e.g., Ferreira-Alves, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Rísio, 2012; Schofield & Mishra, 2003). No estudo realizado por Rísio (2012), por exemplo, é possível observar que as mulheres apresentam mais indicadores ao nível do abuso financeiro e da negligência. Noutros estudos, as mulheres parecem ter uma maior propensão para sofrer de abuso físico e psicológico ao longo da vida (e.g., Neno & Neno, 2005; Abath, Leal, & Filho, 2012) e os homens tendem a sofrer mais de negligência e abuso financeiro (Neno & Neno, 2005). No presente estudo, no geral as mulheres apresentam valores médios mais elevados no QEEA global e em todas as suas dimensões, com exceção do abuso financeiro, onde os valores médios são semelhantes para ambos os géneros.

Ainda em relação às variáveis sociodemográficas, apesar da ausência de outras diferenças significativas, merece registar-se alguns resultados positivos ao nível da estatística descritiva dos indicadores demográficos: a maior parte dos participantes considera o seu estado de saúde razoável, classifica a sua relação com os outros utentes e funcionários como boa (não se registou qualquer resposta negativa a este nível – má ou muito má) e considera que os conhecimentos dos funcionários acerca dos seus cuidados são bons (apenas uma pessoa o considera mau). A respeito da perceção do estado de saúde, a maior parte dos estudos (e.g., Ferreira-Alves, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005) refere que as pessoas que percecionam negativamente o seu estado de saúde apresentam mais indícios de abuso. A inexistência de diferenças significativas para o QEEA nestas variáveis pode resultar do facto de, no geral, os

resultados obtidos serem positivos, determinando um nível moderado de satisfação com a saúde, com a relação com utentes e funcionários, e com o conhecimento percebido dos funcionários.

Note-se, também, a existência de uma correlação positiva e significativa entre a vulnerabilidade para o abuso e a existência de indicadores de abuso. Conforme esperado (Schofield & Mishra, 2003), os idosos mais vulneráveis são aqueles com maior prevalência de indicadores de abuso. Mais concretamente, considerou-se pertinente construir um modelo que permitisse verificar quais os principais preditores do abuso. Assim, através de uma regressão multivariada que considerou como variável dependente a pontuação global no QEEA e como preditores as variáveis sociodemográficas e os resultados das dimensões das escalas VASS e MMSE, foi possível verificar que a vulnerabilidade e coerção (VASS), o maior défice cognitivo geral (MMSE), o viver sozinho e o não fazer ou receber visitas se constituem como os principais preditores de abuso aos idosos. Estes preditores explicam 36% da variância.

Relativamente ao défice cognitivo geral, os idosos com problemas mentais e físicos graves parecem ter maior propensão para serem maltratados (Acierno et al., 2003; Sanmartín et al., 2001). Por outro lado, quando o idoso vive sozinho parece existir uma maior vulnerabilidade para o abuso (Wu et al., 2012), sobretudo financeiro, mas a coabitação com descendentes também pode acarretar riscos para a ocorrência de maus-tratos (Santos et al., 2013). O mesmo se aplica aos idosos institucionalizados, na medida em que, dependendo das suas características, o lar pode funcionar como um fator de risco ou de proteção (Correia, 2008). Contudo, no geral, a literatura destaca o isolamento como uma causa e consequência do abuso (e.g., Neno & Neno, 2005; Sanches et al., 2008; Santos et al., 2013), o qual pode ser agravado pelo facto de se viver sozinho e de não fazer ou receber visitas. Noutros estudos, a má percepção da saúde, não fazer ou receber visitas, a capacidade cognitiva reduzida (cf. Santos, Ferreira-Alves, & Penhale, 2011), ser viúvo, divorciado, solteiro ou separado e ter

incapacidade física (Wu et al., 2012) também se encontram entre os fatores de risco para o abuso (cf. Santos et al., 2011).

Os resultados descritos mostram a necessidade de estudar de forma mais aprofundada os preditores do abuso a idosos, através de estudos que utilizem outras amostras, procedimentos metodológicos e variáveis, de modo a obter-se resultados mais robustos e a um maior consenso relativamente às causas possíveis para a existência de mais indicadores de abuso. Este facto torna-se ainda mais importante se considerarmos as graves consequências que o abuso tem para os idosos, nomeadamente físicas (e.g., perda de energia, dores de cabeça e tensão arterial alta), psicológicas (e.g., tristeza, desconfiança e perda de autoconfiança) e sociais (e.g., solidão, medo de estar sozinho e insegurança) (Gonçalves, 2010). Além disso, ter um maior conhecimento sobre as condições de ocorrência do abuso, faz com que a investigação sobre a temática não se limite à descrição sumária de ocorrências entrecruzadas por múltiplas variáveis, transformando-se antes num empreendimento ativo que visa a compreensão do comportamento humano (Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

Vulnerabilidade para o Abuso e Género dos Participantes

A análise da vulnerabilidade para o abuso na amostra, mostra que todos os idosos apresentam pelo menos um indício de vulnerabilidade, sendo que a dimensão com maior número é a dependência, seguida do desânimo, da coerção e da vulnerabilidade. A frequência de respostas é superior a metade dos inquiridos nas três dimensões, com maior número de respostas afirmativas (indicativas de vulnerabilidade para o abuso). No que se refere à dependência, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (2002), 60% dos idosos apresentam pelo menos um tipo de incapacidade que os leva a experienciar situações de dependência potenciadoras de maus-tratos a nível familiar e institucional (Dias, 2005).

Se considerarmos os itens com maior prevalência em cada dimensão, na dimensão dependência a maioria dos participantes não consegue responsabilizar-se pela toma dos medicamentos, nem ter autonomia no dia-a-dia. Na dimensão desânimo, cerca de 65% dos idosos afirma sentir-se triste ou sozinho frequentemente. Relativamente à coerção, os inquiridos indicam que alguém lhes retirou coisas que lhe pertenciam sem a sua permissão e que foram forçados a fazer algo contra a sua vontade. Por fim, na dimensão vulnerabilidade, 38 pessoas foram insultadas ou humilhadas por alguém, e 32 têm medo de alguém da sua família. Estes resultados indicam que a vulnerabilidade dos idosos para o abuso é suportada por todas as dimensões da VASS: dependência, desânimo, coerção e vulnerabilidade.

No que diz respeito à vulnerabilidade para o abuso em função do género (Objetivo 2), não foi possível observar diferenças significativas entre homens e mulheres em nenhuma das dimensões avaliadas pela VASS. Este resultado não era esperado, uma vez que a literatura sugere que as mulheres idosas são mais propensas à experiência de abuso (e.g., Acierno et al., 2008; Schofield & Mishra, 2003; cf. Santos et al., 2013). De acordo com uma revisão de literatura realizada por Santos e colegas (2013), em cerca de metade dos estudos analisados as mulheres apresentam maior vulnerabilidade à violência familiar, sendo esta perpetrada sobretudo pelo parceiro e pelos filhos. Com efeito, as mulheres parecem apresentar maior risco de vitimização relacionada com a violência geral (Marmolejo, 2008) e com formas específicas de violência (O’Keeffe et al., 2007). No estudo de Rísio (2012), os participantes do género feminino apenas apresentam maior vulnerabilidade para o abuso na dimensão vulnerabilidade. A título de curiosidade, refere-se a existência de um estudo que mostra que os homens idosos se encontram em igual risco de abuso (Pillemer & Finkelhor, 1998), apesar de o abuso contra as mulheres ter mais tendência a ser denunciado às autoridades.

Não obstante a inexistência de diferenças significativas entre géneros na vulnerabilidade para o abuso, os valores médios das mulheres na escala global e na dimensão desânimo são

ligeiramente superiores aos dos homens. Nas restantes dimensões, os valores são idênticos. Além disso, através da análise individual da frequência de respostas afirmativas para cada género, no item 11 (dimensão coerção) observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros: as mulheres parecem ser mais frequentemente forçadas a fazer algo que não querem do que os homens. Este resultado pode relacionar-se com razões históricas, na medida em que as pessoas idosas são de uma geração onde existia uma maior violência contra as mulheres. Neste sentido, pode tratar-se de uma questão de continuidade de uma cultura desigual, onde a mulher tinha um papel passivo e já era vítima de violência doméstica antes de envelhecer (Correia, 2008). A dimensão coerção e o abuso físico e psicológico encontram-se estreitamente relacionados (Schofield & Mishra, 2003), pelo que os estudos futuros deverão analisar as variáveis mediadoras desta relação e delinear estratégias que mudem este processo.

Vulnerabilidade para o Abuso e Deterioração Mental

A deterioração mental dos inquiridos foi avaliada através do MMSE, concluindo-se que a amostra se encontra equilibrada no que diz respeito aos indivíduos sem (70 pessoas) e com défice cognitivo (74 pessoas). Quando analisados os valores de MMSE em indivíduos sem défice cognitivo, observa-se que o número de respostas corretas oscila entre 16 e 30 respostas corretas, ao passo que nos indivíduos com défice cognitivo os valores se encontram entre as 4 e as 25 respostas corretas.

Ao nível da relação entre a vulnerabilidade para o abuso e a deterioração mental (Objetivo 3), não foi possível encontrar diferenças significativas nos resultados globais da VASS e da MMSE. Contudo, os resultados indicam que os idosos com menor pontuação nas questões que avaliam a capacidade cognitiva apresentam maior vulnerabilidade para o abuso. Estes resultados repetem-se para a associação entre as diferentes dimensões de ambas as escalas,

bem como quando se analisa as diferenças nos valores médios obtidos na escala VASS entre participantes com e sem déficit cognitivo.

A inexistência de diferenças significativas na vulnerabilidade para o abuso em função da deterioração mental não era expectável, na medida em que os idosos com comprometimento cognitivo, nomeadamente deterioração mental, necessitam de mais cuidados e têm uma maior propensão para sofrer abuso (Ferreira-Alves, 2005). Minayo (2003), num estudo sobre a violência contra os idosos no Brasil, refere que a dependência física e mental torna os indivíduos mais vulneráveis, o que pode agravar as consequências da violência (Bolsoni, 2012). Cooney e colegas (2006) referem, inclusive, a relação entre a existência de demência e os maus-tratos por parte do cuidador. No entanto, a literatura não é consensual em relação a esta associação, já que autores como Ayalon, Heinik e Litwi (2010) reportam a existência de uma maior tolerância face aos idosos com demência.

Considerando que os défices cognitivos conduzem a uma perda gradual da autonomia dos indivíduos (Gonçalves, 2010), também seria expectável encontrar diferenças significativas entre a dimensão dependência (VASS) e a escala MMSE. Os indivíduos com algum tipo de comprometimento cognitivo apresentam maiores níveis de dependência face aos cuidadores (Sequeira, 2007), sendo esta uma das causas mais mencionadas na explicação do abuso (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2005; Ferreira-Alves e Sousa, 2005; Dias, 2005). Assim, o abuso surge como uma espécie de crise criada pelas necessidades de prestação de cuidados aos idosos (Dias, 2005), pelo que seria legítimo acreditar que a deterioração mental teria influência na vulnerabilidade para o abuso, pelo menos ao nível da dependência.

prevenção que incluam estratégias para lidar com esta realidade. A este respeito, as conotações negativas associadas aos idosos e a tendência para responsabilizar as vítimas traduzem-se numa tolerância face ao próprio abuso, reduzindo a probabilidade de denúncia e o aumenta do sentimento de culpa dos idosos (Porto & Koller, 2008). Por esse motivo, é fundamental o desenvolvimento de programas de prevenção que incidam sobre a comunidade em geral, sobre as instâncias de intervenção e sobre os idosos. Além disso, é necessário facilitar o trabalho dos diversos profissionais envolvidos no processo, direcionando a intervenção para a promoção de competências específicas nesta área.

A prevenção do abuso aos idosos torna-se um desafio que deve contemplar a componente multicausal e multiconsequencial, sendo necessário envolver todos os intervenientes e recorrer a uma abordagem centrada também no idoso (McBride, 2011). Assim, considera-se pertinente o recurso a uma perspetiva multidisciplinar de prevenção que inclua o reforço do sistema, incluindo os membros da família, os amigos, os vizinhos, a comunidade e a sociedade em geral (Imbody & Vandsburger, 2011; Mosqueda & Dong, 2011). Este tipo de abordagem pode resultar numa significativa redução do abuso de idosos (Ernst & Smith, 2012).

Os idosos devem ser ouvidos e respeitados, pelo que se deve dar informações adequadas e criar redes de apoio que promovam a autoestima e a autonomia, mediante a ajuda de profissionais de diferentes áreas ou grupos de ajuda (Grossi & Arsego, 2011). Considerando o papel dos serviços e dos profissionais de saúde no processo de cuidado do idoso, é fundamental capacitar estes profissionais para a prevenção primária de saúde, assim como os profissionais da área social e do direito, no sentido de identificar, prevenir e intervir em casos de abuso, não só ao nível físico, mas principalmente psicológico e de negligência (Machado

& Queiroz, 2006). Um plano de prevenção do abuso nos idosos deve fundamentar-se no modelo ecológico e sistémico (Bronfenbrenner & Morris, 1998), que sugere que os fatores de risco e proteção interagem de forma dinâmica, podendo desencadear ou inibir uma potencial situação de abuso.

Concretamente, tendo por base os resultados do presente estudo e da investigação desenvolvida no domínio do abuso aos idosos, importa salientar a necessidade de considerar algumas questões em futuros planos de intervenção. Em primeiro lugar, observou-se que a maioria dos idosos da amostra apresenta pelo menos um indicador de abuso, com maior prevalência do abuso psicológico (destacando-se o sentimento de solidão) e da negligência (destacando-se a necessidade percebida de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços). O abuso psicológico e a negligência são as formas de abuso que levantam maiores dificuldades de diagnóstico, na medida em que não deixam marcas físicas, mas têm consequências graves para o idoso. Entre outras situações, o abuso psicológico envolve a socialização inadequada, a rejeição e o abandono, traduzindo-se em sentimentos de tristeza e solidão. A negligência, por sua vez, resulta da incapacidade de garantir a satisfação das necessidades fundamentais do idoso a diversos níveis, nomeadamente físico e biológico (Rísio, 2012; Soares et al., 2010; Vergueiro, 2009).

Neste sentido, considerando as formas de abuso com maior prevalência neste estudo e os itens específicos com maior número de respostas afirmativas, o desenvolvimento de um plano de prevenção neste domínio deve prever uma rede ampla de apoio social e comunitário, atividades recreativas que promovam a redução do sentimento de solidão por parte dos idosos, a preparação dos cuidadores e técnicos de saúde para avaliarem as necessidades prementes dos idosos, nomeadamente ao nível de aspetos básicos como as necessidades oftalmológicas, dentárias ou auditivas, que podem contribuir para a deterioração da qualidade de vida do idoso a nível físico e psicológico. Outro aspeto fundamental relaciona-se com as crenças

sociais e culturais que negativizam o papel do idoso na sociedade (Porto & Koller, 2008) e relativizam o abuso psicológico e a negligência, porque são formas mais subtis de abuso.

Camagay (1999, citado por Uyena, Thangb, & Azmana, 2013) refere que a organização da comunidade (nível exossistémico) é um método útil de empowerment dos idosos, constituindo-se como um desenvolvimento social que pretende contribuir para a criação de uma comunidade dinâmica, participativa e politicamente responsável, mantendo o ajustamento entre as necessidades sociais e os recursos, e ajudando as pessoas a aprender a desenvolver a sua capacidade de controlo da situação e a melhorar a sua qualidade de vida. O empowerment e a participação são dois fatores inseparáveis, pelo que os idosos devem ser motivados a continuar a participar na vida familiar e comunitária, garantido a sua autodeterminação, autoajuda e autoimagem positiva (Batistiana & Murphy, 1996). O papel dos profissionais e cuidadores será o de ajudar os idosos a obter mais recursos e controlo sobre a própria vida (Cox & Parsons, 1994). Este tipo de estratégia ajuda os idosos a lidar com a mudança, as dificuldades, os medos ou as preocupações e influencia a dinâmica familiar, onde a ocorrência do abuso psicológico e da negligência são mais comuns (Batistiana & Murphy, 1996).

Em segundo lugar, sabe-se que são as mulheres idosas (com uma esperança média de vida superior aos homens) que mais sofrem efeitos de uma violência, por se verem afastadas dos seus lares, das relações familiares, dos amigos, dos vizinhos e das próprias histórias de vida. Além disso, a infantilização presente na institucionalização, a desconsideração dos seus desejos e a obediência aos funcionários constituem práticas comuns que promovem a despersonalização e apatia destas mulheres (Minayo & Cavalcante, 2010; Menehgel et al., 2012). Pelos motivos expostos, para além da necessidade de alterar as crenças e atitudes sexistas face às mulheres, também é necessário adotar estratégias de empowerment feminino. A organização da comunidade e a participação das mulheres idosas em várias atividades

afiguram-se, uma vez mais, como estratégias fundamentais para combater o abuso psicológico a que as idosas são sujeitas, sobretudo no que se refere ao sentimento de solidão. É necessário envolver mais as equipas de profissionais e cuidadores (formais e informais) na solução do problema e investir na sua formação, para que o seu envolvimento não se limite aos problemas físicos dos idosos (e das mulheres em particular) (Hirsch & Loewy, 2001).

Em terceiro lugar, de acordo com o modelo teórico construído através da regressão multivariada, as dimensões vulnerabilidade e coerção (escala VASS), o maior défice cognitivo geral (MMSE), viver sozinho e não fazer ou receber visitas (variáveis sociodemográficas) constituem os principais preditores de abuso (QEEA), explicando 36% da variância. Adicionalmente, observou-se que a vulnerabilidade para o abuso e a existência de indicadores de abuso mantêm uma correlação positiva, podendo inferir-se que os idosos mais vulneráveis são aqueles com maior frequência de indicadores. Este modelo sugere, uma vez mais, que é preciso analisar o problema do abuso ao idoso sob diferentes pontos de vista, devido à multicausalidade dos fatores de risco. A este respeito, é muito importante contemplar a prevenção primária (que inclui os direitos dos idosos e a redefinição das atitudes macrossociais), a prevenção secundária (que engloba a identificação e procedimentos associados aos fatores de risco) e a prevenção terciária (avaliação do indivíduo e das estratégias a desenvolver em função das suas necessidades) (Campbell et al., 2009).

Assim, é necessário desenvolver políticas públicas que promovam a compreensão do abuso contra o idoso, com enfoque no papel ativo dos idosos na sociedade e no respeito pelos seus direitos e pela sua subjetividade. Este tipo de políticas deve ser assumido a um plano macrossistémico e aplicado em todos os subsistemas, promovendo o cuidado prestado ao idoso, o aumento do contacto social, a maior interação e o apoio comunitário às famílias com pessoas dependentes (designadamente com perturbação mental) e a adequação das estratégias

para lidar com os problemas pessoais, familiares e institucionais que potenciam o abuso (Fernández-Alonso & Herrero Velázquez, 2006).

Ao nível local, deve-se dar prioridade ao aumento da proatividade e autonomia dos idosos através de programas que lhes permitam participar em atividades lúdicas, sociais, culturais ou de voluntariado, o que contribuirá para que se sintam mais úteis e menos sozinhos, estimulará a sua atividade mental e a sua capacidade de tomada de decisão e poderá reduzir a sua vulnerabilidade ao abuso.

Por fim, sugere-se a realização de outros estudos que avaliem o conhecimento psicossocial acerca do abuso contra o idoso em cuidadores, profissionais de saúde e de direito, assistentes sociais e gestores de instituições públicas e privadas, de modo a que estes estejam mais atentos a potenciais situações de abuso (Fernández-Alonso & Herrero Velázquez, 2006).

Em quarto lugar, constatou-se que todos os idosos da amostra utilizada apresentam pelo menos um índice de vulnerabilidade para o abuso, salientando-se a dependência (em particular a impossibilidade de responsabilização pela toma de medicamentos e a falta de autonomia no dia-a-dia) e o desânimo (sobretudo a tristeza e o desânimo). Como já foi referido, as pessoas dependentes têm mais probabilidade de sofrerem de abuso (Dias, 2005; Duque et al., 2012), pelo que o investimento na prevenção de situações que aumentem a possibilidade de o idoso se tornar dependente é essencial. Num estudo sobre a comunidade chinesa residente em Chicago (Dong, Chang, Wong, & Simon, 2013), os idosos (vítimas ou não de abuso) consideraram o apoio social, o empowerment e as intervenções baseadas na comunidade como mais eficientes relativamente às pessoas mais vulneráveis ao abuso. O mesmo estudo refere a importância de intervenções que reforcem valores filiais como o carinho, a integração familiar e a promoção da autonomia dos idosos.

De acordo com Duarte e Barbosa (2011), a adoção de um estilo de vida independente pode evitar situações futuras de maus-tratos. A participação ativa dos idosos pode ser fomentada

através da criação de associações de apoio a idosos (nomeadamente através do esforço conjunto das juntas de freguesia, centros de saúde e instituições de apoio social) e do desenvolvimento de seminários de sensibilização abertos à comunidade em geral, nos quais os idosos podem dar o seu testemunho.

Os cuidadores também devem promover a autonomia do idoso ao nível de atividades básicas (e.g., tomar banho, levantar-se sozinho ou ir à casa se banho) e instrumentais (e.g., lembrar-se de tomar os medicamentos, caminhar ou subir escadas). Este tipo de atividades deve ser articulado com uma alimentação saudável e com a prática de exercício físico, aumentando a qualidade de vida dos idosos e a sua competência para enfrentar os desafios do envelhecimento (Fernandes, 2011; Knorst, Silva, Mantelli, & Bós, 2001).

Em quinto lugar, foi possível concluir acerca da inexistência de diferenças significativas entre géneros no que se reporta à vulnerabilidade para o abuso (apesar de as mulheres apresentarem uma pontuação ligeiramente superior nos resultados da VASS global), sendo possível observar diferenças significativas apenas ao nível de um dos itens da dimensão coerção, já que as mulheres parecem ser mais frequentemente forçadas a fazerem algo que não querem do que os homens. Estes dados não são de estranhar se considerarmos que a maioria dos elementos da atual geração de mulheres idosas se encontrou subordinada economicamente aos homens durante décadas ou recebeu salários inferiores. Por esse motivo, continuam a conviver com estereótipos e valores sexistas que dificultam a sua assertividade (Belo, 2011). Neste sentido, reconhece-se a premência de adequar programas sociais que estimulem o processo de empowerment, percecionado como uma estratégia através da qual as mulheres devem tomar consciência da sua capacidade para produzir, criar, gerir e transformar as suas próprias vidas, tornando-se protagonistas da sua própria história (Sousa, Cardoso e Melo, & Oliveira, 2009).

Por fim, em sexto lugar, confirmou-se que há uma tendência geral para os idosos com menor pontuação na MMSE apresentarem valores superiores na escala VASS, apesar de a vulnerabilidade para o abuso e a deterioração mental não se encontrarem estatisticamente associadas. Neste âmbito, a avaliação da capacidade cognitiva deve fazer parte de qualquer plano de intervenção, porque mesmo os idosos com défice cognitivo conseguem expressar aquilo que sentem face ao que estão a viver. Só depois desta avaliação é possível obter informações corretas sobre situações potenciais de abuso e atuar a este nível (Paris, 1996). Para além da necessidade de avaliação da capacidade cognitiva dos idosos, e tal como já foi referido, é urgente desenvolver programas de formação que dotem os cuidadores formais e informais dos instrumentos básicos para lidar com idosos com défice cognitivo. Este tipo de programas deve contemplar não só a aquisição de competências específicas para reabilitar e cuidar de idosos com deterioração mental, mas também a aprendizagem de estratégias de autocuidado e de gestão emocional, devido ao stresse e à carga mental a que os cuidadores estão expostos (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011). Este tipo de programas tem-se revelado positivo a vários níveis, reduzindo os comportamentos agressivos e o declínio funcional dos idosos, estimulando a mobilidade, melhorando a interação entre os envolvidos e reduzindo a sobrecarga emocional dos cuidadores (Christofolletti, Olini, Gobbi, & Stella, 2007).

Em suma, um plano de prevenção que tenha como objetivo evitar situações potenciais de abuso deverá colocar a ênfase na identificação/prevenção dos fatores de risco e na promoção dos fatores de proteção, sendo importante desenvolver estratégias e ações integradas a nível central e local que objetivem intervir nas condições familiares, sociais, educacionais, culturais e económicas das populações. A solução da questão deve, por isso, passar por uma ação conjugada das instâncias governamentais, da sociedade civil e das comunidades, mediante a sensibilização para a gravidade do problema (Machado & Queiroz, 2006).

Conclusão

O abuso de pessoas idosas é uma realidade atual, embora para a sociedade esta seja pouco visível ou por outro lado pouco denunciada e responsabilizada. Desta forma, procurou-se avaliar a vulnerabilidade e a deterioração mental para o abuso, em idosos em contexto doméstico e institucional, verificar se as mesmas variáveis se relacionam entre si, e analisar se existem diferenças em função do género. Outro dos objetivos foi o de contribuir com linhas orientadoras no âmbito da prevenção e intervenção face à violência contra esta população.

Relativamente aos resultados, importa referir que se encontram em concordância com a literatura existente. Assim, a maioria dos idosos apresenta pelo menos um indicador de abuso, com maior prevalência do abuso psicológico (destacando-se o sentimento de solidão) e da negligência (destacando-se a necessidade de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços). Seguidamente, verificou-se que as mulheres apresentam um maior número de indicadores de abuso psicológico em comparação com os homens. No geral, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre o género, a pontuação média obtida é mais elevada nas mulheres do que nos homens nas várias escalas utilizadas. De acordo com o modelo teórico construído através da regressão multivariada, as dimensões vulnerabilidade e coerção (escala VASS), o maior défice cognitivo geral (MMSE), viver sozinho e não fazer/receber visitas (variáveis sociodemográficas) constituem os principais preditores de abuso (QEEA). Constatou-se também que todos os idosos da amostra apresentam pelo menos um índice de vulnerabilidade para o abuso, salientando-se a dependência (em particular a impossibilidade de responsabilização pela toma de medicamentos e a falta de autonomia no dia-a-dia) e o desânimo (sobretudo a tristeza e o desânimo). Por fim, confirmou-se que há uma tendência geral para os idosos com menor pontuação na MMSE apresentarem valores superiores na escala VASS, apesar de a vulnerabilidade para o abuso e a deterioração mental não se encontrarem estatisticamente associadas.

Estas conclusões revelam a necessidade de se realizarem estudos de investigação, de prevalência, e de possíveis formas de prevenção e intervenção, promovendo uma maior compreensão do problema. Além disso, é importante não só detetar os casos de violência, mas construir meios para a sua abordagem, ao nível do acesso a serviços de saúde, a serviços sociais e de proteção legal. Tendo em conta as variáveis deterioração mental e a violência, percebe-se que a investigação ainda está a dar os seus primeiros passos e que não se pode concluir que a presença de um tipo de demência contribua para a existência de violência, quer seja de forma direta ou indireta.

É importante referir que o presente estudo tem algumas limitações. A amostra foi possivelmente o maior obstáculo, pois a concretização do número de participantes para o estudo não foi de fácil acesso (não se obtiveram tantas respostas positivas das instituições como o previsto); o facto de uma das variáveis a estudar na investigação ser a deterioração mental dificultou a realização da entrevista (por dificuldades cognitivas dos participantes), além do próprio tema, a violência, ser potenciador de algum constrangimento e desejabilidade social. A aplicação dos instrumentos foi maioritariamente administrada individualmente e numa sala privada, contudo em algumas instituições isto não se concretizou, o que poderá ter condicionado algumas respostas.

Sugere-se que em estudos futuros a amostra possa contemplar um maior número de participantes, sendo também interessante uma abordagem em parceria com outras instituições, realizando-se a entrevista na própria casa do idoso e com a partilha dos seus familiares.

Referências Bibliográficas

- Abath, M. B., Leal, M. C. C., Filho, D. A. M. (2012). Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 15 (2), 305-314. Retirado de http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1809-982320080001&lng=pt&nrm=iso
- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D., Stark-Riemer, W. (2003). Assessing elder victimization. Demonstration of a methodology. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 644–653. doi: 10.1007/s00127-003-0686-4.
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100, 292–297. doi:10.2105/AJPH.2009.163089.
- Amstadter, A. B., Zajac, K., Strachan, M., Hernandez, M. A., Kilpatrick, D. G., Acierno, R. (2011). Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence*, 26 (15), 2947-2972. doi: 10.1177/0886260510390959.
- Andrade, F. M.M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. (Tese de mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Minho.
- APAV (2013). *Pessoas idosas vítimas de crime e de violência: estatísticas APAV 2013*. Lisboa: Unidade de Estatística.

- Ayalon, L. (2010). The perspectives of older care recipients, their family members, and their round-the-clock foreign home care workers regarding elder mistreatment. *Aging & Mental Health, 14* (4), 411-415. doi: 10.1080/13607860903586110.
- Ayalon, L., Heinik, J., & Litwin, H. (2010) Population group differences in cognitive functioning in a national sample of Israelis fifty years and older. *Research on Aging, 32*(3): 304-322. doi: 10.1177/0164027509356875.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças, 12*(1), 119-129.
- Batistiana, B. S., & Murphy, D. (1996). *Rural Community Organizing*. Quezon City: Community Organization Training and Research Advocacy Institute.
- Belo, I. (2011). Do corpo à alma: O disciplinamento da velhice. In C. Lafayette de Almeida & M. Longhi (Org.) *Etapas da Vida: Jovens e Idosos na Contemporaneidade* (pp. 105-122). Recife: Universitária da UFPE.
- Berger, L. (1995). Capítulo 19: Evitar os Perigos. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. (pp.379-438). Lisboa: Lusodidacta.
- Bezerra, M. L., Flora, M. P., Guarsoni, C. N., Sartori, C. C., Tonello, D. A. (2012). *Negligência com o idoso em domicílio: Relato de uma experiência*. (Trabalho final de curso). Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, São Paulo.
- Black, J. A. (2008). The not-so-golden years: power of attorney, elder abuse, and why our laws are failing a vulnerable population. *St. John's Law Review, 82* (7), 289-314.
- Bolsoni, C. C. (2012). *Violência contra o idoso e factores associados: Estudo de base populacional em Florianópolis – sc. Epifloripa idoso 2009/201* (Tese de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Referências Bibliográficas

- Bonnie, R. J., Wallace, R. B. (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect and exploitation in an aging America*. National Academies Press. Washington, DC.
- Borrvalho, O., Lima, M. & Ferreira-Alves (2010). Maus tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e caracterização de casos no serviço de urgência de um hospital central. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 471-478. Portugal: Universidade do Minho.
- Brammer, A. & Biggs, S. (1998). Defining elder abuse. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 20 (3), 285.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (5th ed., vol 1, pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Brozowski, K., Hall, D. R. (2010). Aging and risk: physical and sexual sbuse of elders in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (7), 1183-1199. doi: 10.1177/0886260509340546.
- Burguess, A. W. (2006). Elderly victims of sexual sbuse and their offenders [Versão electrónica]. *Departement of Justice*.
- Buri, H., Daly, J. M., Hartz, A. J., Jogerst, G. J. (2006). Factors associated with self-reported elder mistreatment in Iowa's frailest elders. *Research on Aging*, 28 (5), 562-581. doi: 10.1177/0164027506289722.
- Bužgová, R., Ivanová, K. (2009). Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*, 16 (1), 110-126. doi: 10.1177/0969733008097996.

- Bužgová, R., Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 18 (1), 64-78. doi: 10.1177/0969733010385529.
- Camagay, D. M. C. (1999). Community-based programs: An alternative for an aging society. Presented at Asia-Pacific Regional Conference for the International Year of Older Persons, Hong Kong.
- Campbell, R., Dworkin, E., Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10 (3), 225-246. doi: 10.1177/1524838009334456.
- Carretta, M. B., Scherer, S. (2012). Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer. *Estudo interdisciplinar envelhecimento*, (17) 1, 37-57.
- Carvalho, T. S., & Rodrigues, R. (2009). Violência intrafamiliar contra o idoso. *Encontro de Iniciação Científica*, (5) 5. Retirado de:
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/2053>.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>
- Castro, A. E. M. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva*. (Tese de mestrado). Departamento de Educação, Aveiro.
- Christofoletti, G., Olini, M. M., Gobbi, S., & Stella, F. (2007). Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: An analysis of randomized controlled trials. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(2), 149-154. doi: 10.1097/01.TGR.0000270183.90778.8e.

Referências Bibliográficas

- Cooney, C., Howard, R., Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564–571. doi: 10.1002/gps.1525.
- Cooper C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age Ageing* 37(2): 151-60. doi: 10.1093/ageing/afm194.
- Correia, A. C. P. (2008). *Rastreiro de abuso na pessoa idosa* (Tese de mestrado). Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Cox, E. O., & Parsons, R. J. (1994). *Empowerment-Oriented Social Work Practice With the Elderly*. Brooks/Cole Pub. Co.
- Crampton, A. (2011). Population aging and social work practice with older adults: demographic and policy challenges. *International Social Work*, 54 (3), 313–329. doi: 10.1177/0020872810396257.
- Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra idosos*. Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras, Porto.
- Dias, M. I. C. (2009, abril). *Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Dias, I. (2010) Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 20, 245-262.
- Dong, X., & Simon, M. A. (2009). Gender variations in the levels of social support and risk of elder mistreatment in a chinese community population. *Journal of Applied Gerontology*, (29) 6, 720-739. doi: 10.1177/0733464809348057.

Referências Bibliográficas

- Dong, X., Chang, E., Wong, E. & Simon, M. (2013). Perceived effectiveness of elder abuse interventions in psychological distress and the design of culturally adapted interventions: A qualitative study in the Chinese community in Chicago. *Journal of Aging Research* [published online December 25, 2013]. doi: 10.1155/2013/845425.
- Duarte, N., & Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coord.). *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 171-204). Lisboa: Lidel.
- Duque, A. M., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., Eskinazi, F. M. V., Duque, A. M. (2012). Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), 2199-2208.
- Dyer, C., Rowe, J. (1999). Elder abuse. *Trauma* (1), 163-169. doi: 10.1177/146040869900100208.
- Easton, K. L. (1999). Psychosocial Concepts and Issues. In Easton, K. L. (1999). *Gerontological Rehabilitation Nursing*. (pp.332-337). USA: W. B. Saunders Company.
- Ernst, J. S., & Smith, C. A. (2012). Assessment in adult protective services: Do multidisciplinary teams make a difference? *Journal of Gerontological Social Work*, 55(1), 21-38. doi: 10.1080/01634372.2011.626842.
- Fernandes, E. S. V. (2011). *Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade* [Dissertação de Mestrado em Gerontologia]. Funchal: Universidade da Madeira.
- Fernández-Alonso, M. C., Herrero Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano: Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria* 37(2), 113-15. doi: 10.1157/13084493.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In R. Abrunhosa e C. Machado (Ed). *Psicologia Forense* (pp.319-342). Coimbra: Quarteto.

Referências Bibliográficas

- Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga. Estudo preliminar. Retirado em 12/10/2014 de <https://repositorium.sdum.uminho.pt>.
- Fonseca, M. M., & Gonçalves, H. S. (2003). Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia*, 7 (2), 121-128
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Fulmer, T. T. (1989). Mistreatment of elders, assessment, diagnosis, and intervention. *Nurs Clin North Am*, 24(3), 707.
- Fundação Luiz Bernardo de Almeida. (2012). *Manual para Gestão e Prevenção de situações de Negligência, Abusos e Maus-tratos*. Portugal: Author.
- Flynn, B. C. & Krothe, J. S. (1999). Violência e Maus Tratos Humanos. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (pp.801-826). Lisboa: Lusociência.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-45.
- Gonçalves, R. F. M. (2010). *Avaliação do abuso no idoso em contexto institucional: lares e centros de dia*. (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Gondim, L. V. C. (2011). Violência intrfamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. *Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Ceará*, 3 (2).
- Grossi, P. K., & Arsego, L. R. (2001). Idosos e violência familiar: Desvelando o fenómeno. In N. L. Terra, *Envelhecendo com Qualidade de Vida*. (pp. 63-67). Pucrs: Brasil.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro Caldas, A., e Garcia, C. (1994).

Adaptação à População Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination (MMSE)”. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9).

Hempton, C., Dow, B., Cortes-Simonet, E. N., Ellis, K., Koch, S., LoGiudice, D., Mastwyk, M., Livingston, G., Cooper, C., Ames, D. (2010). Contrasting perceptions of health professionals and older people in Australia: what constitutes elder abuse?.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 26, 466-472. doi: 10.1002/gps.2549.

Hirsch, C., & Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr*, 113(10), 384-392.

Hoof, J., Kort, H. S. M., Waarde, H., Blom, M. M. (2010). Environmental Interventions and the Design of Homes for Older Adults With Dementia: An Overview. *American Journal of Alzheimer's Disease and Others Dementias*, 25 (3), 202-232. doi: 10.1177/1533317509358885.

Imbody, B., & Vandsburger, E. (2011). Elder abuse and neglect: An overview of assessment tools and interventions, and recommendations for effective service provision. *Educational Gerontology*, 37(7), 634-650. doi:10.1080/15363759.2011.577721.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socioeconómica Recente das Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Júnior, N. F., & Paschoal, S. M. P. (2007). *Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa* (1ª ed.). São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde.

Knorst, M. R., Silva, M. P. M., Mantelli, C., & Bós, A., J. G. (2001). Qualidade de vida do idoso. In N. L. Terra, *Envelhecendo com qualidade de Vida* (pp. 29-32). Pucrs: Brasil.

Lachs, M. S., Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263-72.

- Larsson, K., Thorslund, M., Forsell, Y. (2004). Dementia and depressive symptoms as predictors of home help utilization among the oldest old: population-based study in an urban area of Sweden. *Journal of Aging and Health*, 16 (5), 641-668. doi: 10.1177/0898264304268586.
- Luoma, M. L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. & Penhale, B. (2011). Prevalence study of abuse and violence against older women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Portugal.
- Machado, L. & Queiroz, Z. F. (2006). Negligência e maus-tratos. In E. V. F. Freitas, Tratado de Geriatria e Gerontologia (pp. 1152-1159). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Malley-Morrison, K., You, H. S., Mills, R. B. (2000). Young adult attachment styles and perceptions of elder abuse: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 15, 163–184.
- Marmolejo, I. I. (2008). Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana Para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).
- McBride, F. (2011). Elder abuse. *InnovAiT*, 4 (6), 353–359. doi:10.1093/innovait/inr062.
- McGarry J., Simpson, C. (2008). Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing Standard*. 22 (46), 49-55.
- Menicalli, A. M. F.; Dias, E. N.; Silva, J. V. & Vitorino, L. M. (2009). Capítulo 23: O idoso na sociedade. In Silva, J. V. (Org.). Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos. (pp. 302-317). Iátria: São Paulo.

Minayo, M. C. S. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema.

Caderno de Saúde Pública, 19 (3), 783-791

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da

literatura. *Revista Saúde Pública*, 44(4), 750-757. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>

Ministério da Saúde (2002). Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. In

Cadernos de atenção básica: Série A – normas e manuais técnicos (pp.71-80).

Brasília.

Mosqueda, L., & Dong, X. (2011). Elder abuse and self-neglect: ‘I don’t care anything about

going to the doctors...to be honest’. *JAMA*, 306, 532–540. doi:

10.1001/jama.2011.1085.

Nacional Center on elder Abuse – Administration on Aging (1998). Major Types of Elder

Abuse. Acedido a 11 de Março de 2010 em:

http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx

Neno, R., Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*. 20, (3), 43-

47.

Ockleford, E., Morichelli, R., Morjaria, A., Scocchera, F., Furniss, F., Sdogati, C. & Barnes-

Holmes, D. (2003). Mistreatment of older women in three European Countries:

Estimated prevalence and service response. *Violence Against Women* 9 (12), 1453-

1464. doi:10.1177/1077801203259236.

Referências Bibliográficas

- O’Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S., Erens, Bob. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people. Prevalence survey report*. Comic Relief and the Department of Health, London.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active Ageing, A Policy Framework. Consultado em maio de 2013 em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Paris, B. E. C. (1996). Elder abuse and neglect. In Paris, B. E. C. *A guide to care of the elderly*. (pp. 207-215). London: HMSO.
- Payne, B. K., Berg, B. L. (2003). Perceptions about the criminalization of elder abuse among police chiefs and ombudsmen. *Crime & Delinquency*, 49 (3), 439-459. doi: 10.1177/0011128703253764.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrimos a Regressão – Com a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28, 51-57.
- Pillemer, K. A., & Moore, D. W. (1998). Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29 (3), 313-320.
- Pinsker, D. M., McFarland, K., Pachana, N. A. (2010). Exploitation in Older Adults: Social Vulnerability and Personal Competence Factors. *Journal of Applied Gerontology*, 29 (6), 740-761. doi: 10.1177/0733464809346559.
- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M., Carvalhaes, M. A. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 753-764.
- Porto, I., & Koller, S. H. (2006). Violência contra idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9(1), 1-9.

Referências Bibliográficas

- Porto, I., & Koller, S. H. (2008). Violência contra idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, (9) 1, 1-9.
- Rísio, R. M. (2012). *Violência contra idosos: indicadores de abuso e vulnerabilidade*. (Tese de mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica.
- Ribeiro, A. M. F. (2011). *Estudo de factores de vulnerabilidade no desenvolvimento de demências. Escolaridade, actividades profissionais e actividades de lazer* (Tese de mestrado). Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Roberto, K. A., Teaster, P. B. (2005). Sexual abuse of vulnerable young and old women: a comparative analysis of circumstances and outcomes. *Violence Against Women*, 11 (4), 473-504. doi: 10.1177/1077801204274329.
- Roberto, K. A., Teaster, P. B., Nikzad, K. A. (2007). Sexual abuse of vulnerable young and old men. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (8), 1009-1023. doi: 10.1177/0886260507302997.
- Sanches, A. P. R. A., Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2008). Violência contra idosos: uma questão nova?. *Saúde Social*, 17 (3), 90-100. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10.pdf>
- Santos, A. J., Ferreira-Alves, J. & Penhale, B (2011). Prevalence of older adult's abuse and neglect in Portugal: An overview. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12(3), 162-173. Doi: 10.1108/14717791111163596.

- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (72), 53-77. doi: 10.7458/SPP2013722618.
- Schofield, M. J., Reynolds, R., Mishra, G. D., Powers, J. R., Dobson, A. J. (2002). Screening for vulnerability to abuse among older women: women's health Australia study. *Journal of Applied Gerontology*, 21 (1), 24-39. doi: 10.1177/0733464802021001002.
- Schofield, M. & Mishra, G. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia study. *The Gerontological Society of America* 43(1), 110-120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.
- Selwood, A., Cooper, C. & Livingston, G. (2007). What is elder abuse - who decides?. *International Journal Geriatric Psychiatry* 22, 1009-1012. doi: 10.1002/gps.1781.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, J. F., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapolou, E., et al. (2010). *Abuse and Health among Elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Sousa, R. M., Cardoso e Melo, M. C., & Oliveira, M. C. (2009). Mulheres na gerência em tecnologia da informação: Análise de expressões de empoderamento. *Revista de Gestão USP*, 2(1) 1-16.
- Spalding, M., Khalsa, P. (2010). Aging matters: humanistic and transpersonal approaches to psychotherapy with elders with dementia. *Journal of Humanistic Psychology*, 50 (2), 142-174. doi: 10.1177/0022167809341995.

Referências Bibliográficas

- Steinmetz, S. K. (1988). *Duty bourobinsosnd: elder abuse and family care. Sage Library of Social Research, 166.*
- Sturdy, D., Heath H. (2007). Keep older people safe. *Nursing Standart, 21* (40), 1-2.
- Tamião, A. L. F. (2010). *Violência contra o idoso* (Tese de mestrado). Centro Universitário “Eurípides de Marília, Fundação de Ensino “Eurípides Soares da Rocha”, Brasil.
- Teaster, P. B., Dugar, T. A., Mendiondo, M. S., Abner, E. L., Cecil, K. A. (2006). *The 2004 survey of adult protective services: abuse of adults 60 years of age and older.* The National Committee for the Prevention of Elder Abuse, Washington.
- Teixeira, M. A. V. (2008). *Centro de Dia na perspectiva do Utente. Uma visão global* (Tese de mestrado). Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.
- Thompson, H., Priest, R. (2005). Elder abuse and neglect: considerations for mental health practitioners. *AdultsPan Journal, 4* (2), 116-128.
- Tucker, G. J., Popkin, M., Caine, E. D., Folstein, M., Gottlieb, G. L., Grant, I., Liptzin, B. (2006). Delirium, Demência, Pertubações Mnésicas e Outras Perturbações Cognitivas. In *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (pp. 135-180. Lisboa, Climepsi Editores.
- Uyena, N. T. T., Thangb, H. N. C., & Azmana, A. (2013). The Empowerment of elderly people in South East Asia: The social responsibility of the young generation in the region. *Sociology Study, 3*(2), 96-103.
- Valente, C. A. L. (2010). *Participação através da animação sociocultural: intervenção com idosos.* (Tese de mestrado). Departamento de Educação, Aveiro.

- Verdelho, A. (2010). Prevenção do defeito cognitivo e demência – os fatores de risco vascular. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, (26), 38-44.
- Vergueiro, M. E. (2009). O Ageism e os Maus-Tratos Contra a Pessoa Idosa [dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Wanderbroocke, A. C., & Moré, C. L. (2013). Estrutura e funcionamento familiar e a violência contra idosos. *Psicologia Argumento*, (31) 74, 395-403. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.DS03.
- Wolf, R. S., Pillemer, K. (2000). Elder abuse and case outcome. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 203-220. doi: 10.1177/073346480001900206.
- Wu, L., Chen, H., Hu, Y., et al. (2012). Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in people's Republic of China: A cross-sectional study. *PLoS One*, 7(3), e33857. doi:10.1371/journal.pone.0033857.
- Zimmerman, G. I. (2000). Velhice: aspectos biopsicossociais. (pp. 19-85). Porto Alegre: Artes Médicas

ANEXOS

Segue-se um conjunto de questões e afirmações acerca das variáveis de vulnerabilidade do abuso de pessoas idosas.

Leia cuidadosamente, e assinale as respostas que melhor correspondem à sua realidade.

Agradecemos a sua disponibilidade!

QEEA

Versão Original: Carney, Kahan & Paris (2003)

Versão Portuguesa: Ferreira-Alves & Sousa (2005)

1. Idade

2. Sexo: Masculino
Feminino

3. Grau de Escolaridade:

Nenhum
1º Ciclo
2º Ciclo
3º Ciclo
Ensino Secundário
Ensino Superior

4. Estado Civil:

Solteiro(a)
Casado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a)
Outro

5. Vive em casa própria?

Sim
Não

6. Com quem vive?

Esposo
Filhos (as)
Sozinho
Outro

7. Vai visitar ou recebe visitas de amigos?

Sim
Não

8. Que meio de subsistência tem?

Pensão/Reforma
Rendas
Outro

9. Como caracteriza o seu estado de saúde atualmente?

Muito Boa
Boa
Razoável
Má
Muito Má

10. Como caracteriza o seu relacionamento com os outros utentes da Instituição?

Muito Bom
Bom
Razoável
Mau
Muito Mau

11. Como caracteriza o seu relacionamento com os funcionários da Instituição?

Muito Bom
Bom
Razoável
Mau
Muito Mau

12. Como caracteriza os conhecimentos dos funcionários da Instituição em que encontra, no que respeita aos cuidados de que necessita?

Maus
Muito Maus
Razoáveis
Muito Bons
Bons

| I | Sim | Não |
|---|---------------|------------|
| 1. Actualmente sente medo de alguém na sua casa? | | |
| 2. No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado por alguém? | | |
| 3. No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto? | | |
| 4. No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão? | | |
| II | Sim | Não |
| 5. Actualmente sente-se sozinho? | | |
| 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 de pessoas idosas? | | |
| 7. No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado(a) por alguém quando o esperava era que falassem ou conversassem consigo? | | |
| 8. No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer? | | |
| <p>9. Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:</p> <p style="text-align: center;"> Discussões verbais violentas <input type="checkbox"/> Agressões Físicas <input type="checkbox"/> Conversas tranquilas <input type="checkbox"/> Ameaças <input type="checkbox"/> Abandono/Isolamento <input type="checkbox"/> Não surgem conflitos <input type="checkbox"/> Outros: </p> | | |
| III | Sim | Não |
| 10. Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços? | | |
| 11. No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo? | | |
| 12. Actualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo? | | |
| 13. Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la? | Se sim, como? | |

| <i>IV</i> | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| 14. As pessoas que vivem consigo ou a pessoa que cuida de si, depende de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro? | | |
| 15. No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento? | | |

VASS

Versão original: Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003)

Versão Portuguesa: Rísio, R. (2012)

Tendo em conta a sua experiência ao longo do último ano, por favor responda “sim” ou “não” às perguntas que se seguem. Não existem respostas certas ou erradas, tente ser o mais honesto(a) possível.

| | Sim | Não |
|---|------------|------------|
| 1. Tem medo de alguém da sua família? | | |
| 2. Recentemente alguém que lhe seja próximo tentou magoá-lo ou prejudicá-lo? | | |
| 3. Recentemente alguém que lhe seja próximo, insultou-o, humilhou-o ou fê-lo sentir se mal? | | |
| 4. Tem a privacidade suficiente na sua casa? | | |
| 5. Confia na maioria das pessoas da sua família? | | |
| 6. Consegue responsabilizar-se pela toma dos seus medicamentos e “desenrascar-se” sozinho no dia-a-dia? | | |
| 7. Sente-se triste ou sozinho frequentemente? | | |
| 8. Sente que ninguém o quer por perto? | | |
| 9. Sente-se desagradado com alguém da sua família? | | |
| 10. Alguém da sua família fá-lo ficar na cama ou diz-lhe que está doente quando não está? | | |
| 11. Alguém o forçou a fazer algo que não queria fazer? | | |
| 12. Alguém lhe retirou coisas que lhe pertenciam sem a sua permissão? | | |

MMSE

Versão Original: Folstein & McHugh (1975)

Versão Portuguesa: Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia (1994)

1. Orientação

- Em que ano estamos?
- Em que mês estamos?
- Em que dia do mês estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Em que estação do ano estamos?
- Em que país estamos?
- Em que distrito vive?
- Em que terra vive?
- Em que casa estamos?
- Em que andar estamos?

2. Retenção

“Vou dizer-lhe três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

- Pêra__
- Gato__
- Bola__

3. Atenção e Cálculo

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_24_21_18_15_

4. Evocação

“Veja se consegue dizer as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar.”

- Pêra__
- Gato__
- Bola__

5. Linguagem

a. “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

- Relógio__
- Lápis__

b. “Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA.”

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos:

- Pega com a mão direita__
- Dobra ao meio__
- Coloca onde deve__

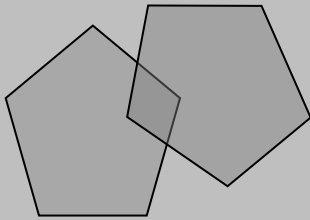
d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar o cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”.

Fechou os olhos__

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido.

6. Habilidade Cognitiva

Deve copiar o desenho.



Cópia:

Fim

Obrigada pela sua atenção!

