

PROJECTO ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA



Estudo de prevalência da violência contra as pessoas idosas numa amostra de base populacional - *Relatório de execução*



Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde - Dr. Ricardo Jorge

Ana Paula Gil

Ana João Santos

Irina Kislaya

Direção Geral do Território

Ministério da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território

Rita Nicolau

Lisboa, Dezembro de 2012

Conteúdo

<i>Introductory note</i>	5
<i>Nota introdutória</i>	6
I - Objetivo do estudo.....	6
II - Plano e métodos.....	8
1. Tipo de estudo.....	8
2. População-alvo/Universo	8
3. Planeamento.....	9
a) Estrutura do questionário	9
b) Método de aplicação.....	9
c) Amostragem.....	11
d) Aspetos éticos e deontológicos	12
e) Treino e formação dos entrevistadores	13
III - Implementação.....	15
1. Resultados do trabalho de campo	15
a) Período de recolha, calendário e indicadores de monitorização.....	15
b) Taxas de resposta	17
c) Tempo médio de entrevistas	19
d) Caracterização da amostra	20
2. Resultados preliminares do inquérito telefónico.....	21
a) Características sociodemográficas	21
Sexo	21
Grupos etários	23
Estado civil	24
Escolaridade.....	25
Situação perante o trabalho	28
Incapacidade nas atividades de vida diária.....	29
Agregados domésticos	35
Síntese conclusiva	38
Bibliografia	40
Anexos	42
Anexo 1.	43
Anexo 2.	45

Índice de quadros

Quadro 1 - Distribuição dos contactos gerados segundo tipo de rede e o resultado do contacto telefónico.	16
Quadro 2 - Número de marcações feitas para um número de telefone, necessárias para se estabelecer um contacto	17
Quadro 3 - Classificação dos contactos gerados segundo as definições da AAPOR.....	18
Quadro 4 - Síntese dos contactos gerados segundo AAPOR.....	18
Quadro 5 - Taxas de resposta e recusa.....	19
Quadro 6 - Distribuição dos inquiridos por região da saúde.....	20
Quadro 7 - Distribuição por sexo da população e da amostra	22
Quadro 8 - A estrutura etária da população com 60+ anos residente em Portugal e amostra .	23
Quadro 9 - Número de dificuldades referidas: amostra.....	33
Quadro 10 - Dimensão dos agregados familiares (amostra)	37

Índice de figuras

Figura 1 - Fatores de risco na ocorrência da violência.....	8
Figura 2 - Razões de recusa	17
Figura 3 - Tempo médio das entrevistas por distrito	20
Figura 4 - Distribuição da população com 60+ anos por região de saúde	21
Figura 5 - Distribuição da amostra por sexo nas 7 regiões	22
Figura 6 - Distribuição da população por sexo nas 7 regiões.....	22
Figura 7 - Pirâmide Etária: população residente em Portugal com 60+ anos e amostra	23
Figura 8 - Relações de masculinidade.....	24
Figura 9 - Estado civil: população residente com 60+ anos	24
Figura 10 - Estado civil: amostra.....	25
Figura 11 - Habilitações literárias: população residente com 60+ anos.....	26
Figura 12 - Habilitações literárias: amostra	26
Figura 13 - Habilitações literárias por região: população residente com 60+ anos	27
Figura 14 - Habilitações literárias por região: amostra	27
Figura 15 - Situação perante o trabalho: população residente com 60+ anos	28
Figura 16 - Situação perante trabalho: amostra	29
Figura 17 - População residente com 60+ anos com pelo menos uma dificuldade	30
Figura 18 - População residente com 60+ anos com pelo menos uma dificuldade segundo o sexo	30
Figura 19 - Percentagem de incapacidades referenciadas pela população residente com 60+ anos (%).....	31
Figura 20 - Atividades de vida diária: amostra	32
Figura 21 - Pessoas com 60+ anos com pelo menos uma dificuldade segundo o sexo: amostra	32
Figura 22 - Percentagem de incapacidades referenciados pelos respondentes nas AVD: amostra (%)	33
Figura 23 - Percentagem de incapacidades referenciados pelos respondentes nas AVD segundo o sexo: amostra (%).....	34
Figura 24 - AVD: População residente com 60+ anos	35
Figura 25 - AVD: Amostra.....	35
Figura 26 - Famílias clássicas com e sem núcleo familiar: população portuguesa	36
Figura 27 - Famílias clássicas com e sem núcleo familiar segundo o grupo etário.....	36
Figura 28 - Famílias clássicas com e sem núcleo familiar: amostra	37

Introductory note

Violence has been gaining visibility, as an emergent phenomenon in the current demographic ageing, both in international and national contexts.

Research indicates specificities not only in what regards the target population, but also in the context where these phenomena take place. The *Violence and Aging* study aims to identify and characterize situations of violence (physical, psychological, financial, sexual and that of negligence) experienced by individuals aged sixty and over. It also intends to estimate the prevalence of these phenomena in the Portuguese population, characterizing the conditions of its occurrence within the family context, so as to identify risk and protective factors.

To meet that goal, a telephone survey was developed sampling people aged 60 and over, resident in Portugal (mainland and Autonomous Regions of the Azores and Madeira).

The main purpose of this implementation report is to present the preliminary results from the telephone survey, including the execution indicators as are the generated contacts, response and refusal rates and interviews average time. Some aspects related to objectives, methods and sampling of the study are also described. Finally, we present unweighted estimates of sample characteristic along with data on the characteristics of population aged 60 and over (Census 2011).

Nota introdutória

A violência, enquanto fenómeno emergente no atual contexto do envelhecimento demográfico, tem vindo a ganhar visibilidade crescente tanto no contexto internacional como nacional. Estudos realizados indicam a existência de especificidades, tanto ao nível da população-alvo, como do contexto em que muitos destes fenómenos ocorrem. Neste sentido, através do presente estudo pretende-se identificar e caracterizar as situações de violência física, psicológica, financeira, negligência e sexual a que se encontram sujeitas as pessoas com sessenta e mais anos (60+ anos), bem como estimar a prevalência dessas situações na população portuguesa, caracterizando as condições de ocorrência no contexto familiar, de forma a identificar fatores de risco e protetores.

Para cumprir esse objetivo, foi delineada a realização de um inquérito telefónico a uma amostra de pessoas com sessenta e mais anos da população residente em Portugal Continental e Regiões Autónomas da Madeira e Açores.

Este relatório de execução tem como objetivo principal apresentar alguns resultados preliminares obtidos através do inquérito telefónico bem como apresentação dos indicadores de execução, nomeadamente contactos gerados, taxa de resposta e de recusa, e tempo médio de entrevista. Descrevem-se ainda alguns aspetos relacionados com os objetivos do estudo, plano, métodos e a amostragem. Por fim, são apresentados os resultados brutos de caracterização da amostra e dos dados populacionais relativos à população com 60 e mais anos (Censos, 2011).

I - Objetivo do estudo

O estudo de prevalência tem como objetivo estimar a proporção de pessoas com 60+ anos, que na população portuguesa foi sujeita a alguma forma de violência nos últimos 12 meses. O inquérito à população tem três objetivos:

- i) Estimar a prevalência global e específica da violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência) na população portuguesa (Continente e Ilhas), nomeadamente, estimar a percentagem de respondentes que referiram ter sido sujeitos a alguma forma de violência nos últimos 12 meses e analisar como se distribui o indicador «percentagem de vítimas» por sexo, idade, nível de escolaridade, Região de Saúde/concelho, estado civil, composição do agregado familiar, situação perante o

trabalho/profissão, rendimento e estado de saúde e outras variáveis que se considerarem adequadas;

- ii) Avaliar quais destes fatores (individuais e contextuais) mais contribuíram, de uma forma independente, para a ocorrência da violência, avaliando por tipos de violência o grupo etário e sexo do agressor, bem como os fatores de risco associados ao agressor (problemas de saúde mental, aditivos, dependência econômica e problemas de relacionamento interpessoal);
- iii) Avaliar por tipos de violência os fatores de risco consubstanciados na literatura (grupo etário, sexo, estado civil, região do país, classe social da vítima), bem como os fatores de risco considerados plausíveis (saúde física/ mental e capacidade funcional da vítima);
- iv) Avaliar por tipos de violência os fatores protetores da violência (coabitação, rede de suporte social - informal e formal).

Refira-se que foi adotada a tipologia proposta de Lachs e Pillemer (2004) para os fatores de risco: *consubstanciados e plausíveis*. Fatores consubstanciados serão os fatores de risco que apresentam consistência empírica em termos de investigação. Alguns determinantes da vítima, do agressor e do contexto social parecem ser fatores que plausivelmente potenciam o risco de ocorrência da violência. No caso dos fatores plausíveis, os dados obtidos nem sempre são consistentes, requerendo por isso mais investigação. No que respeita à vítima, a incapacidade funcional, demência e depressão, bem como o contexto socioeconómico serão *fatores plausíveis* que necessitam de maior investigação, enquanto o sexo, idade, estado de saúde e o isolamento social surgem frequentemente como *fatores de risco já consubstanciados*.

No caso do agressor, os problemas de saúde mental, a dependência econômica e a coabitação com a vítima são considerados *fatores de risco consubstanciados*, enquanto os problemas de relacionamento interpessoal, o *stress* do cuidador e a transmissão geracional de comportamentos violentos devem ser qualificados como *fatores plausíveis*.

O conjunto de determinantes permitirá configurar um modelo explicativo do fenómeno global e por tipos de violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência).

Figura 1 - Fatores de risco na ocorrência da violência

	Vítima	Agressor	Contexto
Consustanciados	Sociodemográficos: idade, sexo, estado civil Estado de saúde	Saúde : problemas de saúde mental e comportamentos aditivos (álcool e/ou drogas e jogo)	Isolamento social Coabitação familiar
Plausíveis	Saúde: capacidade funcional, sintomas depressivos Socioeconómico: habilitações literárias; situação perante o trabalho; profissão; situação nessa profissão; rendimento	Socioeconómico: Dependência financeira Ciclo geracional de violência Problemas de relacionamento interpessoal	Apoio social (rede formal e informal)

Considerando que são escassos os estudos que utilizem desenhos epidemiológicos como o método de estudo caso-controlo, Pillemer (2005) sugere a sua utilização em futuros estudos de prevalência. Um desenho deste tipo, onde as pessoas idosas identificadas como vítimas possam ser encaradas como os *casos* e as pessoas idosas que não tenham sido alvo de violência como *controles*, assegura uma estimacão mais ajustada do risco relativo de cada fator que potencialmente influencia a violência. No ponto seguinte serão descritos o tipo de estudo, a população-alvo, as técnicas utilizadas e o tipo de amostragem.

II - Plano e métodos

1. Tipo de estudo

O estudo desenvolvido foi do tipo transversal e descritivo, com recolha de dados através de questionário via telefone.

2. População-alvo/Universo

A população-alvo é constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes em Portugal há pelo menos 12 meses. No presente trabalho adotamos o entendimento da ONU, sendo que a população de referência será formada por indivíduos com sessenta e mais anos. A opção metodológica de incluir pessoas a

partir dos 60 anos poderá ser contestável, porque a passagem à reforma (usualmente aos 65 anos) constitui um marco arbitrário que remete para uma categoria demográfica, idosos (65+ anos). No entanto, para alguns, a saída do mercado de trabalho pode ocorrer precocemente, antes da idade da reforma. A entrada na reforma implica fases de transição e de reformulação identitárias nas relações sociais, que originam a assunção de novos papéis familiares que podem ser geradores de situações de conflito e de violência na esfera familiar. Por essa razão, os estudos mais recentes sobre a prevalência da violência têm abrangido indivíduos com 60+ anos (Pillemer, 2009; Acierno et al., 2010; Luoma et al., 2011; Soares et al., 2010).

3. Planeamento

a) Estrutura do questionário

A recolha de dados, tal como já referido, foi realizada através da aplicação de um questionário por entrevista telefónica.

O questionário, quando aplicado a não vítimas, é composto por 42 questões, estruturadas de acordo com as áreas abaixo indicadas. No caso de os respondentes serem vítimas de algum tipo de violência, o questionário pode atingir um máximo de 95 questões.

- i. Características sociodemográficas
- ii. Caracterização do agregado familiar
- iii. Caracterização do estado de saúde
- iv. Atividades da vida diária
- v. Perceções da negligência e violência na população idosa
- vi. Experiências de violência
- vii. Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência
- viii. Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros
- ix. Apoio social
- x. Caracterização socioeconómica
- xi. Participação em estudos semelhantes

b) Método de aplicação

A escolha metodológica da aplicação via telefone fundamentou-se em dois aspetos:

(1) Experiência e longa tradição que o Departamento de Epidemiologia possui na realização de inquéritos de saúde via telefone, utilizando painéis de famílias do ECOS - Em Casa Observamos a Saúde - desde 1998. Os inquéritos telefónicos constituem uma peça metodológica fundamental na investigação em saúde pública.

(2) Recorrente utilização de inquéritos por telefone, com vantagens face ao método via postal e presencial (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2010, Lensvelt-Mulders, 2008), no caso de inquéritos à população sobre temas sensíveis (p. ex. violência, crimes, consumo de estupefacientes, HIV).

A escolha metodológica remete para uma breve discussão sobre a opção de aplicação do questionário via telefone ao invés da aplicação presencial. Os estudos de prevalência mais recentes têm utilizado ambos os métodos, a aplicação presencial (O'Keefe et al., 2007; Marmolejo, 2008; Lowenstein et al., 2009; Garre-Olmo et al., 2009; Soares et al., 2010) e a via telefone (Pillemer et al., 1988; Podnieks et al., 1993; Grande et al., 2000; Acierno et al., 2010; Naughton et al., 2010). No caso de inquéritos de base-populacional sobre temas tão sensíveis, como é o abuso sexual (McGee et al., 2002), a violência, o crime ou o consumo de estupefacientes, os inquéritos por telefone têm vindo, na última década, a ser considerados mais vantajosos na abordagem destes temas (UNODC, 2010).

O manual de inquéritos de vitimização proposto pela UNODC (2010) refere três grandes vantagens para a utilização de entrevistas telefónicas: (a) serem menos onerosos; (b) permitirem maior flexibilidade nos agendamentos; c) proporcionarem maior sentimento de anonimato aos entrevistados e, por vezes, serem mais ajustados à obtenção de informação sensível e à denúncia de situações.

Outra das vantagens deste método é a segurança do entrevistador e a sua supervisão, em termos de controlo de qualidade. Como desvantagens destacam-se a maior dificuldade em determinar a identidade do respondente, o facto de a entrevista não poder ser tão longa ou complexa como a presencial e o viés no cálculo da amostra devido à existência de telefones fixos e móveis (McGee et al., 2002; UNODC, 2010).

Em contrapartida, nas entrevistas presenciais são identificadas como potenciais vantagens, a identificação dos respondentes, uma taxa de resposta mais elevada e a criação de uma relação de empatia e de maior privacidade. Como desvantagens identificadas, as entrevistas presenciais são mais dispendiosas, implicam uma menor supervisão dos entrevistadores e podem levar a uma menor taxa de resposta no caso de temas sensíveis, como é a violência doméstica (UNODC, 2010).

A opção pela aplicação via telefone tem uma mais-valia que é preservar o total anonimato do entrevistado mas, em contrapartida, possui um risco de uma menor taxa de resposta. Alguns autores face a este risco propõem o envio prévio de uma carta, antes do contacto telefónico (Chey et al., 1995). Outros propõem a combinação de diferentes abordagens (utilização de carta, formação dos

entrevistadores, apresentações das credenciais do investigador ou o aumento do número de tentativas de contacto) (O´Toole et al., 2008), como uma estratégia para aumentar as taxas de resposta em inquéritos por telefone.

Contudo, a utilização das diferentes estratégias não é alvo de consenso nos estudos internacionais. Por exemplo, o estudo de Kiezebrink e colaboradores (2009) conclui que não existem diferenças significativas entre os respondentes recrutados diretamente por telefone (60%) e aqueles que receberam uma carta explicativa, antes do contacto telefónico (76%). Não foram identificadas também diferenças sociodemográficas entre os dois grupos, e nem entre as variáveis estudadas (p. ex. os determinantes de saúde, o fumar, a utilização dos serviços de saúde, o tempo de espera de uma cirurgia, e os fatores de morbidade como o diagnóstico da hipertensão ou diabetes).

Os estudos de prevalência sobre a violência doméstica confrontam-se com este duplo desafio: serem dotados de robustez metodológica de modo a maximizar a identificação de vítimas entre a população geral e, ao mesmo tempo, permitirem cumprir os mecanismos que assegurem e salvaguardem o anonimato, a confidencialidade e a segurança das potenciais vítimas, alvo de inquirição, princípios éticos básicos em qualquer investigação científica.

c) Amostragem

Os estudos internacionais de base populacional revistos no âmbito da atual investigação sugerem que entre 0.8% a 5% dos idosos já foram vítimas de alguma forma de violência. As estimativas da prevalência do fenómeno podem ser ligeiramente superiores ao valor máximo citado (6%), dependendo do tipo de violência, e em particular se a violência financeira for contemplada. Admitindo que a prevalência do fenómeno em Portugal também rondará os 6%, estabeleceu-se que seria necessária uma amostra mínima de 1100 pessoas com 60+ anos para assegurar uma precisão de 1.4% na estimação do intervalo de confiança a 95% daquela prevalência.

Dado o interesse em conhecer a expressão do fenómeno a nível regional, foi definido que deveria existir homogeneidade no número de indivíduos a inquirir em cada uma das sete regiões de saúde do país.

Desenvolvida por entrevista telefónica, a recolha de dados teve em conta a existência de telefones fixos e de telefones móveis e a utilização de cada uma das redes (fixa e móvel) pela população idosa. Deste modo, estabeleceu-se que 60% da amostra deveria ser recrutada através de telefones fixos e que 40% deveria ser recrutada através de telefones móveis.

O método de seleção dos indivíduos foi diferenciado de acordo com a rede de telefones a contactar:

- Os números de telefone da rede fixa foram selecionados de forma aleatória através das listas telefónicas;
- Os números de telefone das redes móveis foram gerados aleatoriamente por *random digit dialing* (RDD), tendo em atenção à quota de mercado de cada uma das redes móveis existentes.

O questionário foi aplicado através de entrevistas telefónicas assistidas por computador (CATI - Computer Assisted Telephone Interview), levadas a cabo por *outsourcing*. A aplicação informática que serviu de suporte ao questionário foi testada na presença de elementos da equipa de investigação, que procederam à sua validação.

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade de indivíduos a entrevistar:

- ✓ Pessoas com 60+ anos;
- ✓ A residir em domicílios particulares;
- ✓ A residir em Portugal há mais de 12 meses;
- ✓ Contactáveis por telefone fixo ou por telefone móvel.

Perante a existência de mais do que um indivíduo elegível no domicílio contactado, optou-se por entrevistar o indivíduo com 60+ anos que tinha celebrado mais recentemente o seu aniversário. Este método de seleção do respondente foi adotado porque, em comparação com outros métodos que também acautelam a aleatoriedade, é mais rápido e requer a colocação de menor número de perguntas na fase introdutória do questionário.

d) Aspectos éticos e deontológicos

No presente estudo as questões decorrentes da condição dos indivíduos participantes, bem como os aspetos associados à obtenção do consentimento informado e garantia de confidencialidade, constituíram algumas das preocupações da equipa, bem como o cumprimento dos trâmites legais para a autorização da realização do mesmo.

A submissão do protocolo científico do estudo, e respetivo pedido, à Comissão de Ética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) foi efetuado em Maio de 2011, tendo a sua aprovação sido obtida em Janeiro de 2012.

Por se tratar de um estudo que envolve a recolha de dados pessoais sensíveis, foi ainda solicitada autorização para a sua realização à Comissão Nacional de Proteção

de Dados (CNPD).O pedido foi submetido em Julho de 2011 e autorizado em Novembro de 2011.

A autorização para realização do estudo por parte da CNPD obrigou a assegurar duas condições prévias:

(1) A recolha de dados deveria ser totalmente anónima, não tendo sido autorizada a identificação de nomes e moradas dos participantes. Esta condição viria a impossibilitar adotar a estratégia de divulgação do estudo através de uma carta explicativa sobre o mesmo, salientando a relevância da participação, conforme procedimento utilizado na amostra ECOS;

(2) Devia ser assegurado que as entrevistas telefónicas fossem efetuadas por profissionais de saúde, devido à sensibilidade do tema e ao facto de a violência ser considerada um crime público.

A CNPD recomendou ainda duas estratégias a serem adotadas na implementação do inquérito telefónico:

- a) O entrevistador deveria facultar os contactos telefónicos das entidades com competência para intervir no âmbito da violência doméstica, sempre que se identificasse uma vítima de violência;
- b) O entrevistador deveria disponibilizar o contacto do investigador responsável, para confirmação, antes do agendamento da entrevista telefónica.

Em ambos os pedidos de autorização a figura do *consentimento informado* surge, então, como um instrumento de garantia dos direitos e deveres das partes envolvidas, em especial do reconhecimento da dignidade e autonomia do indivíduo. Por definição, a obtenção do consentimento informado é uma exigência nos estudos na área das ciências da saúde e implica que o indivíduo seja sempre informado sobre os objetivos do estudo, a entidade responsável, bem como outros aspetos que possa considerar relevantes no âmbito da investigação.

O consentimento informado pode ser verbal ou escrito, mas tem necessariamente sempre que ser registado. No caso do inquérito telefónico o consentimento foi expresso verbalmente.

e) Treino e formação dos entrevistadores

Na fase piloto do projeto Envelhecimento e Violência procurou-se, não só efetuar o pré-teste do questionário a aplicar via telefone, num grupo de pessoas com 60+ anos, bem como refletir em conjunto com as mesmas sobre as possíveis estratégias a utilizar para abordar a população em geral, sobre o fenómeno da violência em contexto familiar. O pré-teste abrangeu aproximadamente 100 pessoas, utilizando para tal a entrevista presencial e telefónica.

Após a contratualização da empresa responsável pela realização das entrevistas telefônicas, a seleção dos entrevistadores baseou-se na sua formação de base (profissionais de saúde e das ciências da vida) e na experiência prévia destes em inquéritos telefônicos. Considerando que a supervisão dos entrevistadores e o controlo da recolha dos dados engloba o recrutamento, a seleção, o treino/formação e a monitorização (O'Brien et al., 2006) foram ministradas três ações de formação, no qual participaram um total de 30 entrevistadores. A formação, tendo como objetivo geral transmitir conhecimentos necessários à aplicação do questionário e informações do projeto, desenrolou-se através de métodos ativos e passivos (expositivos). Esta formação incidiu nos seguintes aspetos:

- Regras de condução da entrevista;
- Apresentação do estudo;
- Perguntas gerais sobre as responsabilidades do Instituto, sobre o inquérito (objetivo, duração, objeto das questões, entre outras) e perguntas específicas sobre o estudo. De referir que algumas destas questões (e respostas) foram incluídas na aplicação informática de suporte ao questionário, podendo ser acedidas pelos entrevistadores a qualquer momento, durante a aplicação do questionário;
- Composição do questionário e regras de preenchimento;
- Formação comportamental sobre o tema. Dada a sensibilidade da temática, o treino dos entrevistadores incidiu num conjunto de estratégias de modo a fazer face a possíveis reações ao tema e a situações de maior vulnerabilidade dos respondentes (sobretudo no caso de pessoas idosas vítimas de violência). Procurou-se também desmistificar a “sensibilidade do tema” e potenciais ideias pré-concebidas sobre as atitudes e reações dos entrevistados, através de exemplos práticos decorrentes da fase exploratória do projeto.

Todos estes pontos foram abordados e desenvolvidos no manual do entrevistador, entregue no dia da sessão de formação. Este manual era composto por várias partes. Uma referente aos aspetos comportamentais, à apresentação do estudo, às possíveis reações após a apresentação do estudo e a resposta a questões frequentes dos participantes sobre o estudo. A segunda parte do manual dizia respeito à condução da entrevista (pressupostos de partida, tom de voz e atitudes a utilizar, estratégias para manter o respondente interessado ao longo do questionário e como responder perante situações difíceis de agressividade, desmotivação, indiferença, entre outras). A última parte do manual referia-se ao questionário, à sua composição e às regras de preenchimento.

Foram realizadas três ações de formação que abrangeram aproximadamente 30 pessoas, das quais 20 realizaram a aplicação telefónica do questionário. Antes da recolha de dados, fez-se o pré-teste que decorreu durante 3 dias e durante o qual foram gerados cerca de 400 contactos e efetivadas 60 entrevistas telefónicas. O pré-teste permitiu testar a aplicação informática, identificar os pontos a melhorar na formulação das perguntas e condução das entrevistas, bem como a necessidade de reformular algumas questões.

Para o controlo da qualidade foram ainda definidas as seguintes estratégias: o acompanhamento e supervisão dos entrevistadores via telefone; a monitorização quinzenal da base de dados das entrevistas, o que permitiu detetar incongruências nas respostas e re-contactar alguns dos entrevistados.

III - Implementação

1. Resultados do trabalho de campo

a) Período de recolha, calendário e indicadores de monitorização

O trabalho de campo teve a duração de cerca de 30 dias e decorreu entre 18 de Setembro e 16 de Outubro de 2012. A monitorização do trabalho de campo foi feita com base nos seguintes aspetos:

- Controlo da aplicação informática e criação *a priori* de filtros de modo a evitar valores omissos e incongruências de resposta;
- Obtenção de um relatório semanal sobre a execução do trabalho de campo que incluía os seguintes indicadores: números de contactos gerados; contactos atendidos (ilegíveis e elegíveis); contactos que não foram atendidos; número de entrevistas efetuadas (completas, parciais e anuladas) e motivos de recusa de participação;
- Após a aplicação do questionário procedeu-se à validação dos dados, que incluiu a validação estatística e o controle de alguns questionários, o que, por vezes, requereu um novo contacto com os respondentes. A fase da validação desenrolou-se durante 3 semanas. Para a validação da base de dados procedeu-se à verificação, confirmação e correção de valores não admissíveis, tendo-se recorrido essencialmente a estatísticas descritivas. Para as variáveis categoriais foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central (médias e medianas) e medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

Numa segunda fase, procedeu-se ao cruzamento de algumas variáveis de forma a identificar possíveis incongruências. Nesta fase anularam-se duas entrevistas porque foram detetadas múltiplas incongruências na resposta.

No Quadro 1 descrevem-se os indicadores de monitorização do trabalho de campo. No total foram gerados 36699 contactos, dos quais 78.3% foram para a rede móvel. Esta disparidade do número de contactos gerados entre a rede fixa e a rede móvel deveu-se possivelmente à utilização do sistema RDD na rede móvel.

Do total de contactos gerados, apenas foram atendidos 20.8%. De entre estes, estabeleceram-se 5169 contactos (67.7%) com indivíduos que não cumpriam os critérios de elegibilidade e 947 contactos (12.4%) com indivíduos que desistiram de responder antes de poder verificar a sua elegibilidade.

Dos 1517 contactos gerados que cumpriam os critérios de elegibilidade, responderam ao questionário 1123 indivíduos, dos quais 1108 responderam na íntegra e 15 responderam parcialmente, até final do bloco VI - experiência da violência. Os contactos remanescentes (394) resultaram em recusas após apresentação do estudo, ou no decorrer do questionário.

Quadro 1 - Distribuição dos contatos gerados segundo tipo de rede e o resultado do contacto telefónico.

	Total		Rede fixa		Rede móvel	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Contactos realizados						
Contactos gerados	36699	-	7971	-	28728	-
Contactos não atendidos:	29066	79.2	5720	71.8	23346	81.3
<i>Não atende</i>	10594	36.4	4964	86.8	5630	24.1
<i>Número Inválido</i>	7208	24.8	511	8.9	6697	28.7
<i>Gravador de mensagens</i>	7770	26.7	88	1.5	7682	32.9
<i>Impedido</i>	3494	12.0	157	2.7	3337	14.3
Contactos atendidos:	7633	20.8	2251	28.2	5382	18.7
<i>Contactos atendidos ilegíveis</i>	5169	67.7	873	38.8	4296	79.8
<i>Contactos atendidos elegíveis</i>	1517	19.9	930	41.3	587	10.9
<i>Desistência, antes da verificação de elegibilidade</i>	947	12.4	448	19.9	499	9.3
Contactos elegíveis:	Nº	%**	Nº	%**	Nº	%**
Entrevistas completas válidas	1108	73.0	664	71.4	444	75.6
Entrevistas parciais válidas	15	1.0	12	1.3	3	0.5
Recusas	394	26.0	254	27.3	140	23.9

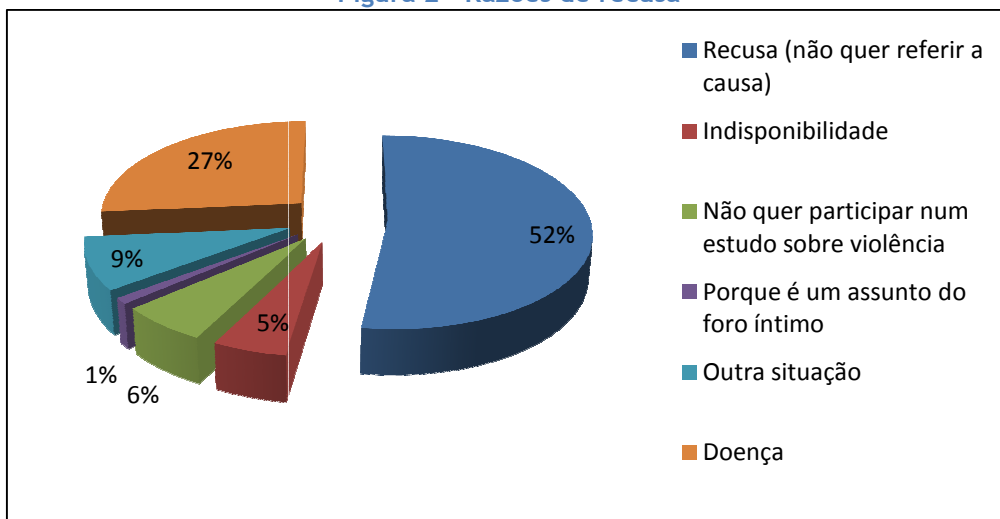
Em itálico figuram subgrupos de contactos atendidos e de contactos não atendidos. As percentagens são relativas ao total de cada grupo, de acordo com a apresentação em colunas.

* % relativa aos contactos gerados: total, rede fixa ou rede móvel, de acordo com a apresentação em colunas.

** % relativa aos contactos atendidos elegíveis: total, rede fixa ou rede móvel, de acordo com a apresentação em colunas.

De total de recusas (394) que ocorreram após se verificar elegibilidade, 49% (193) surgiram logo após a apresentação do estudo, enquanto 51% (201) surgiram no decorrer da entrevista. No total de 193 recusas, ainda que mais de metade dos respondentes não tenha especificado o motivo para não participar, 27% referiu que a doença e/ou a incapacidade não permitiam responder ao questionário (Figura 2).

Figura 2 - Razões de recusa



O número de marcações realizadas para cada número de telefone selecionado variou entre 1 e 3 tentativas. No total foram efetuadas 42213 marcações. A maioria (86%) atendeu logo na 1ª tentativa, ao passo que em 14% de contactos gerados foi necessário uma 2ª tentativa para o mesmo número de telefone (Quadro 2).

Quadro 2 - Número de marcações feitas para um número de telefone, necessárias para se estabelecer um contacto

N de tentativas	N de Nº contactos gerados	%
1	31397	86
2	5090	14
3	212	1
Total	36699	100

b) Taxas de resposta

A *American Association for Public Opinion Research* (AAPOR) é uma associação de profissionais e investigadores de opinião pública e de estudos de base populacional. Esta associação, líder no mercado americano, estabelece e promove “boas práticas” na recolha, análise e interpretação de dados (AAPOR, 2011). O resumo da classificação dos contactos, segundo AAPOR, está apresentado no Quadro 3.

Neste estudo consideramos como entrevista completa, todas as que foram respondidas na sua totalidade (1108). As parciais (15) correspondem às entrevistas que foram completadas pelo menos até ao final do bloco das questões sobre a violência (VI. Experiências de violência). Considerou-se como recusa todos aqueles respondentes que sendo elegíveis não quiseram responder ao questionário ou que desistiram da entrevista antes de completar o bloco VI, o que corresponde a 394 indivíduos.

Considerou-se ainda como não elegíveis, todos os indivíduos que não cumpriam os critérios de inclusão da amostra (60+ anos, a residir em Portugal há mais de 1 ano e a residir em domicílios particulares) e a elegibilidade desconhecida como todos os indivíduos que desistiram antes de se saber se cumpriam ou não estes critérios.

Quadro 3 - Classificação dos contactos gerados segundo as definições da AAPOR

Classificação dos contactos	Designação	Total	Fixa	Móvel
Entrevistas completas (elegíveis)	I	1108	664	444
Entrevistas parciais (elegíveis)	P	15	12	3
Recusas (elegíveis)	R	394	254	140
Elegibilidade desconhecida	UH	22805	5657	17148
Não elegíveis	-	12377	1450	10993

Em suma, com base nas definições do AAPOR, conclui-se que 4.1% do total dos contatos gerados foram classificados como elegíveis, 33.8% como não elegíveis e 62.1% como contactos de elegibilidade desconhecida (Quadro 4). Tendência semelhante se regista em ambas as redes, apesar de mais de um terço dos contactos da rede móvel ter sido contactos não elegíveis.

Quadro 4 - Síntese dos contactos gerados segundo AAPOR

Classificação dos contactos	Total		Rede fixa		Rede móvel	
	N	%	N	%	N	%
Contactos elegíveis	1517	4.1	930	11.7	588	2.0
Contactos não elegíveis	12377	33.8	1384	17.3	10993	38.3
Contactos com elegibilidade desconhecida	22805	62.1	5657	71.0	17148	59.7
Total de contactos	36699	100	7971	100	28728	100

De acordo com as definições estandardizadas pela AAPOR (ver Anexo 1) a taxa de resposta ao inquérito foi de 74.03% e de recusa 25.97%.

Quadro 5 - Taxas de resposta e recusa

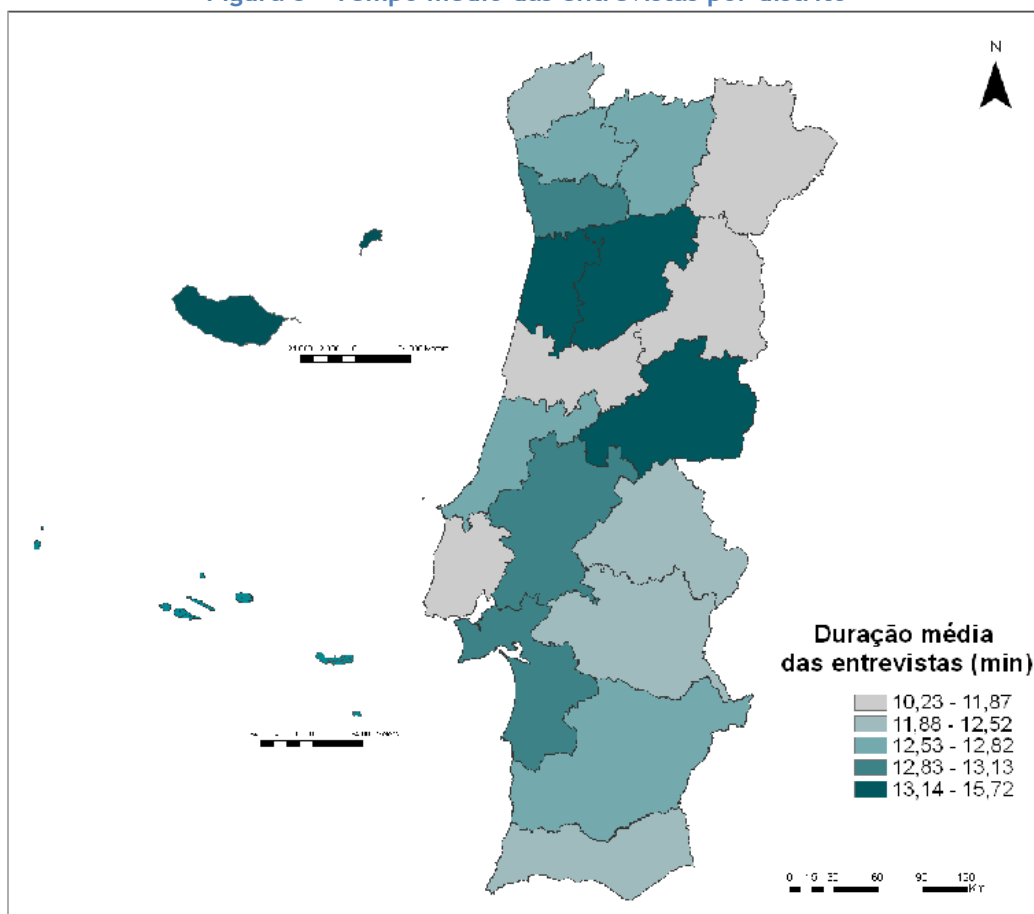
	Todos %	Fixa %	Móveis %
Taxas de resposta			
RR6	74.03	72.69	76.15
Taxas de recusa			
REF3	25.97	27.31	23.85

c) Tempo médio de entrevistas

Relativamente ao tempo de duração das entrevistas este variou entre cinco minutos e vinte e sete segundos (5:27) e cinquenta e seis minutos e vinte e sete segundos (56:27). Recorrendo ao teste não paramétrico Mann-Whitney-Willcoxon, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.001$) entre o tempo médio da entrevista através de rede fixa (0:13:18) e rede móvel (0:12:05). O tempo médio de entrevista foi menor ($p < 0.001$) nos inquiridos do sexo masculino (0:11:57) comparativamente aos do sexo feminino (0:13:15).

Geograficamente destacam-se três distritos de Portugal Continental (Aveiro, Viseu e Castelo Branco) e a Região Autónoma da Madeira, como tendo a duração média das entrevistas mais prolongada (Figura 3). Da leitura do mapa conclui-se também que os distritos com uma duração média de entrevista mais curta foram Bragança, Guarda, Coimbra e Lisboa.

Figura 3 - Tempo médio das entrevistas por distrito



d) Caracterização da amostra

Foi obtida uma amostra aleatória, composta por 1123 pessoas com 60+ anos e a residir em domicílios particulares em Portugal (Continental e Ilhas).

Relativamente ao tipo de contacto obtivemos 676 entrevistas através da rede fixa e 447 na rede móvel.

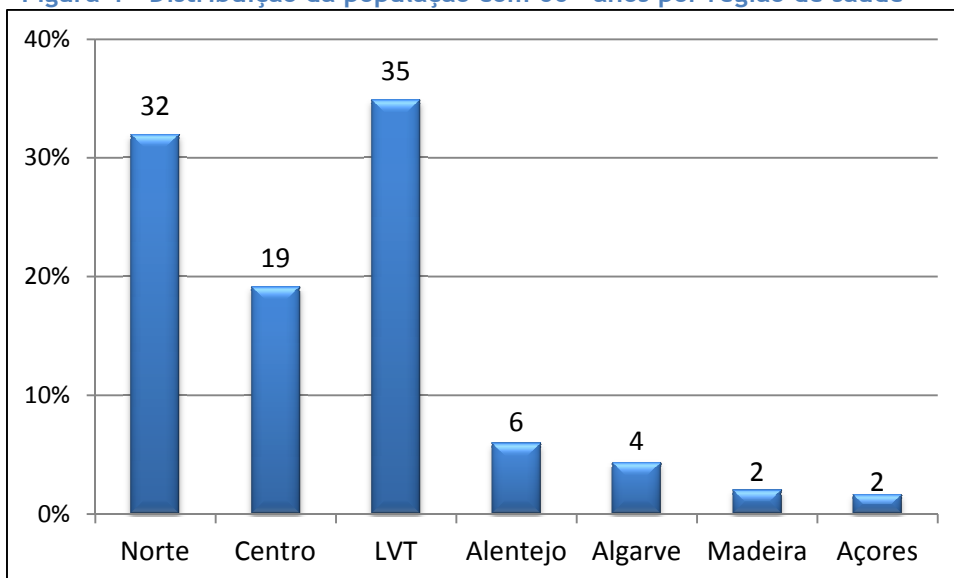
O quadro 6 disponibiliza a distribuição dos respondentes pelas diferentes regiões de saúde (ver Anexo 2). Recorrendo ao teste do Qui-quadrado ($\chi^2(6) = 1.24$; $p = 0.975$), não se rejeitou a hipótese de que a distribuição dos respondentes pelas sete regiões fosse homogénea.

Quadro 6 - Distribuição dos inquiridos por região da saúde

Região	N	%
Norte	165	14.7
Centro	167	14.9
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	166	14.8
Alentejo	161	14.3
Algarve	153	13.6
Madeira	156	13.9
Açores	155	13.8

A figura 4 apresenta a repartição da população por região. Da análise do gráfico verifica-se que a maioria da população idosa reside na Região de LVT, correspondendo a 35% do total da população com 60+ anos residentes no país. Segue-se a região Norte com cerca de 32% da população. As Regiões Autónomas ocupam o último lugar nesta classificação com cerca de 2% de população, respetivamente.

Figura 4 - Distribuição da população com 60+ anos por região de saúde



Fonte: INE, 2011

Uma vez que a população com 60+ anos residente em cada região de saúde é desigual, serão aplicados ponderadores, à amostra obtida, que assegurem que as frequências estimadas sejam representativas da população com 60+ anos residente no país. Os ponderadores basear-se-ão na população com 60+ anos residente em Portugal de acordo com o último recenseamento (Censos, 2011).

2. Resultados preliminares do inquérito telefónico

De seguida iremos apresentar alguns resultados de caracterização da amostra (dados brutos) e dados relativos à caracterização da população com 60+ anos (Censos 2011), nomeadamente ao sexo, grupos etários, estado civil, escolaridade, agregado doméstico, situação perante o trabalho e atividades de vida diária.

a) Características sociodemográficas

Sexo

De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, a população com 60+ anos residente em Portugal, é de 2644805 habitantes, 1503935 do sexo feminino e 1140870 do sexo masculino, ou seja, 56.9% são mulheres e 43.1% homens.

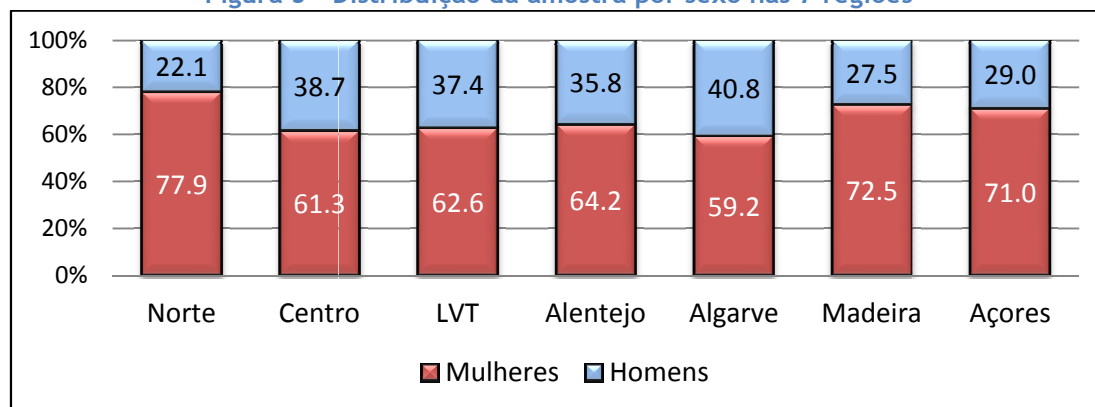
Da amostra obtida, verifica-se que 66.8% são mulheres e 33.2% homens, resultado que se diferencia do que foi encontrado na população portuguesa (Quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição por sexo da população e da amostra

Sexo	População		Amostra	
	N	%	N	%
Feminino	1503935	56.9	750	66.8
Masculino	1140870	43.1	373	33.2
Total	2644805	100	1123	100

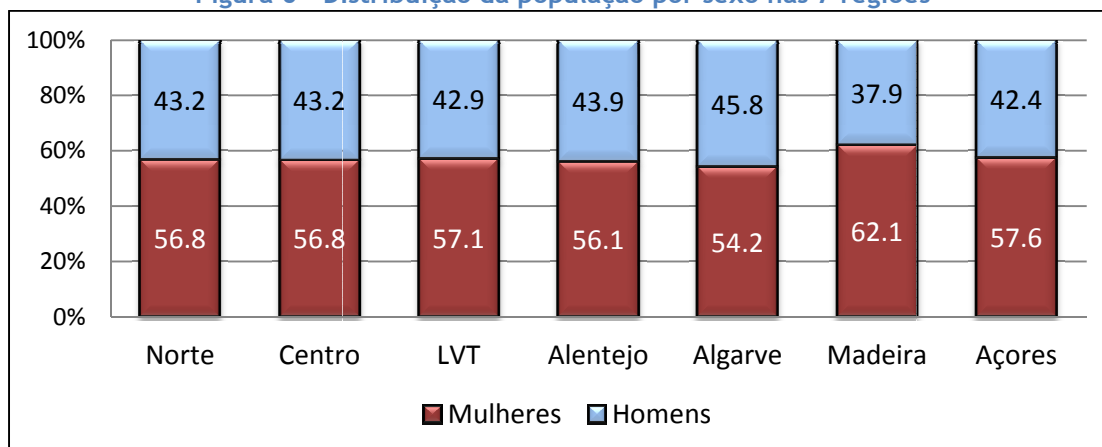
Quando se analisa a distribuição da amostra por regiões, segundo o sexo, conclui-se que as mulheres predominam ao longo do território nacional (Figura 5). A região do Algarve destaca-se pela maior proporção dos inquiridos do sexo masculino. Em contrapartida, a região do Norte, seguida das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, revelam uma menor proporção de inquiridos do sexo masculino.

Figura 5 - Distribuição da amostra por sexo nas 7 regiões



Na população portuguesa existe uma distribuição relativamente homogénea dos homens e das mulheres pelas regiões. Realça-se a preponderância das mulheres nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Figura 6 - Distribuição da população por sexo nas 7 regiões

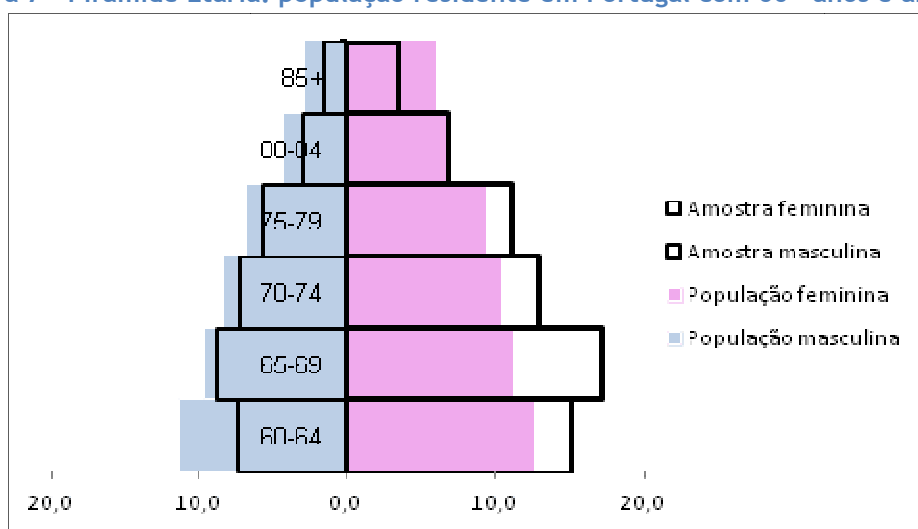


Fonte: INE, 2011

Grupos etários

Na figura 7 apresenta-se estrutura etária da amostra recolhida e da população com 60+ anos residente em Portugal. A análise das pirâmides etárias revela que, em todas as faixas etárias, a proporção de mulheres é superior à proporção dos homens tanto na população, como na amostra. Observa-se também, na amostra, uma sob representação das mulheres com idade compreendida entre 60 e 79 anos. Destaca-se ainda a diferença na base da pirâmide da população e base da pirâmide da amostra. Assim, na população observa-se um maior número de indivíduos entre os 60 e 64 anos, enquanto na amostra tal não se verifica; o maior número de indivíduos encontra-se entre os 65 e os 69 anos.

Figura 7 - Pirâmide Etária: população residente em Portugal com 60+ anos e amostra



Quando se compara na amostra a proporção entre homens e mulheres, segundo os grupos etários, conclui-se que as diferenças de género se esbatem. Os homens portugueses estão mais representados até aos 70 anos, enquanto as mulheres registam um maior peso nos grupos com idade superior a 75 anos. Esta diferenciação poderá estar relacionada com a maior longevidade da população feminina e a sobre mortalidade masculina.

Quadro 8 - A estrutura etária da população com 60+ anos residente em Portugal e amostra

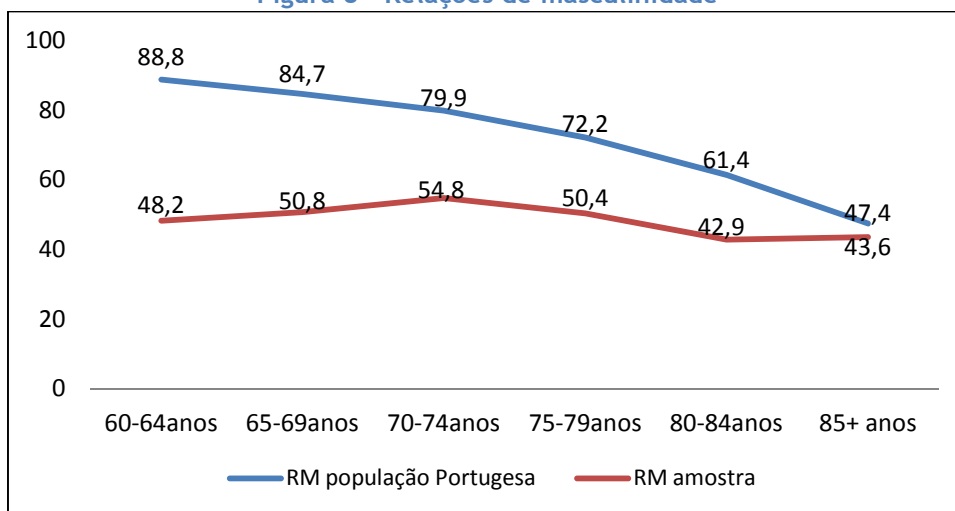
Grupo etário	População						Amostra					
	Mulheres		Homens		Total		Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-64anos	336195	22.4	298546	26.2	634741	24.0	170	22.7	82	22.0	252	22.4
65-69anos	298697	19.9	253004	22.2	551701	20.9	193	25.7	98	26.3	291	25.9
70-74anos	275977	18.4	220461	19.3	496438	18.8	146	19.5	80	21.4	226	20.1
75-79anos	249575	16.6	180131	15.8	429706	16.2	125	16.7	63	16.9	188	16.7
80-84anos	184563	12.3	113325	9.9	297888	11.3	77	10.3	33	8.8	110	9.8
85+ anos	158928	10.5	75403	6.6	234331	8.9	39	5.2	17	1.6	56	5.0
Total	1503935	100	1140870	100	2644805	100	750	100	373	100	1123	100

Fonte: INE, 2011

À medida que se avança na idade, as relações de masculinidade diminuem, quer na população em geral, quer na amostra. Por outras palavras, na população portuguesa na faixa etária dos 60-64 anos existiam 88.8 homens para 100 mulheres, enquanto no grupo dos 85+ anos essa relação diminui de 47 homens para 100 mulheres. Esta diminuição progressiva, à medida que a idade avança, deve-se ao efeito natural do excesso de óbitos do sexo masculino.

Na amostra obtida as relações de masculinidade apresentam algumas variações consoante os grupos etários, o que significa que as mulheres predominam em todos os grupos etários, representando o dobro, sobretudo na faixa etária dos 70 aos 79 anos.

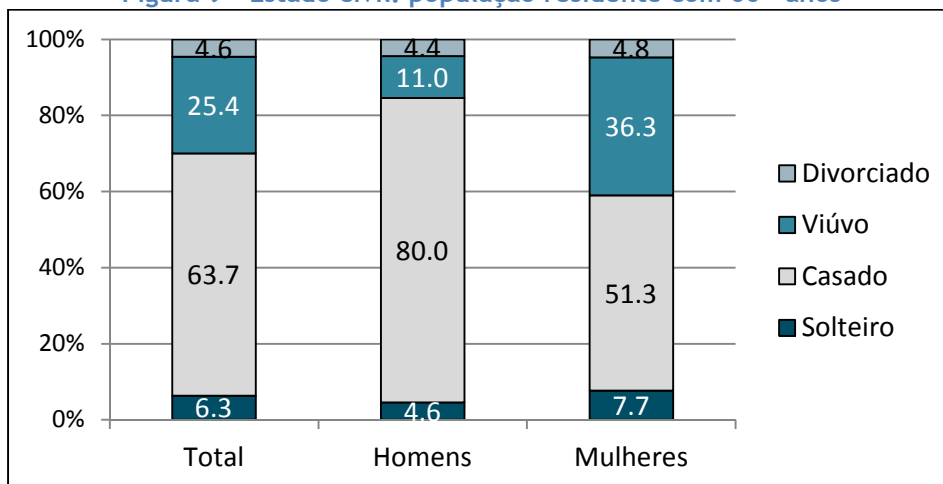
Figura 8 - Relações de masculinidade



Estado civil

Segundo os Censos de 2011, cerca de 63.7% da população residente com 60+ anos é casada e 25.4% é viúva. O grupo dos solteiros e divorciados representam, respetivamente, 6.3% e 4.6% do total da população.

Figura 9 - Estado civil: população residente com 60+ anos

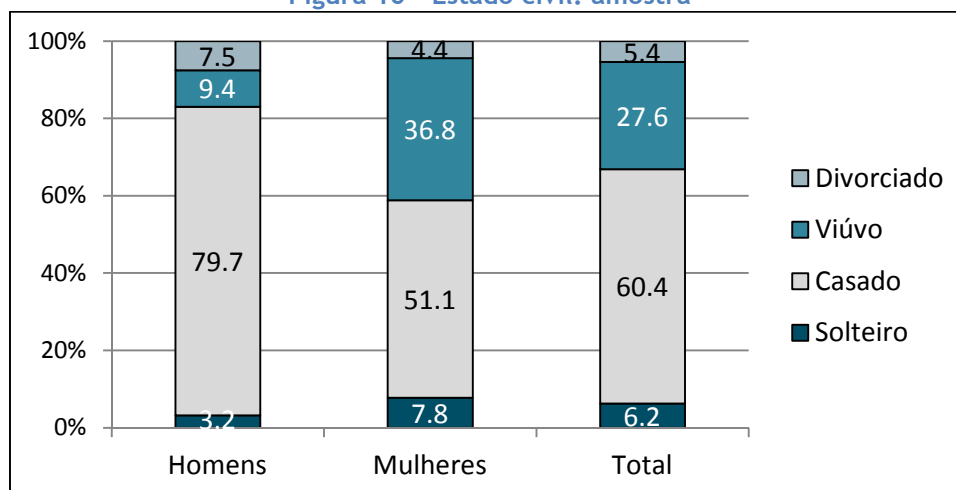


Fonte: INE, 2011

A análise do estado civil da população portuguesa com 60+ anos de idade, por sexo, evidencia algumas diferenças. A percentagem de homens casados é cerca de 80% e de mulheres 51.3%. A percentagem de viúvas é de 36.3% contra 11% de homens viúvos. No caso dos divorciados, homens e mulheres têm valores semelhantes, com 4.8% e 4.4%, respetivamente. Similarmente, a percentagem de homens solteiros é de 4.6% e de mulheres 7.7%.

Na amostra constatou-se que 60% dos respondentes são casados, 27.6% viúvos, 6.2% solteiros e 5.4% são divorciados (Figura 10). Tanto na amostra, como na população ao comparamos o estado civil entre homens e mulheres, observamos que, em ambos os casos, os homens são na sua maioria casados, ao passo que mais de um terço das mulheres é viúva. Salienta-se ainda a maior percentagem de mulheres solteiras, comparativamente aos homens, quer na população portuguesa quer na amostra obtida.

Figura 10 - Estado civil: amostra

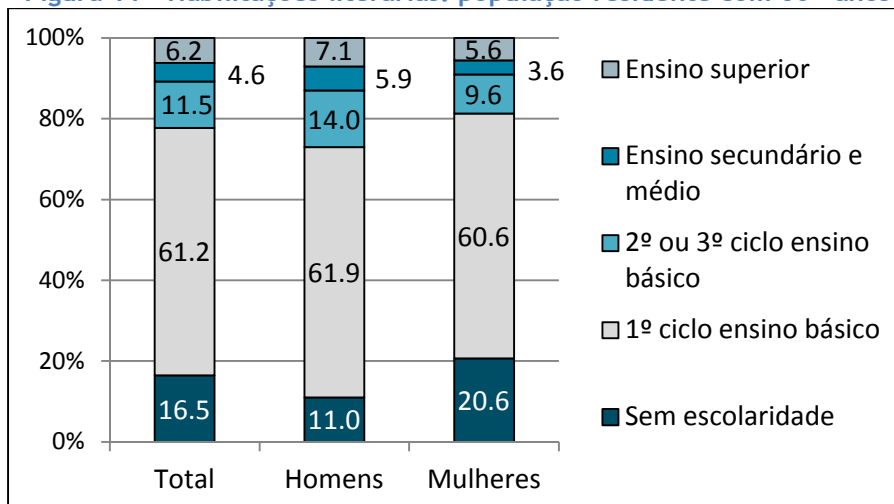


Escolaridade

De acordo com os resultados dos Censos 2011, 436.222 indivíduos com 60+ anos não tem nenhum nível de escolaridade, representando 16.5% da população (Figura 11). A maioria da população com 60+ anos (61.2%) frequentou o 1º ciclo do ensino básico.

Podemos ainda observar que a escolaridade é diferente entre homens e mulheres. As mulheres são menos escolarizadas que os homens, verificando-se uma maior proporção de mulheres sem qualquer escolaridade e uma maior proporção de homens com frequência no secundário e ensino superior.

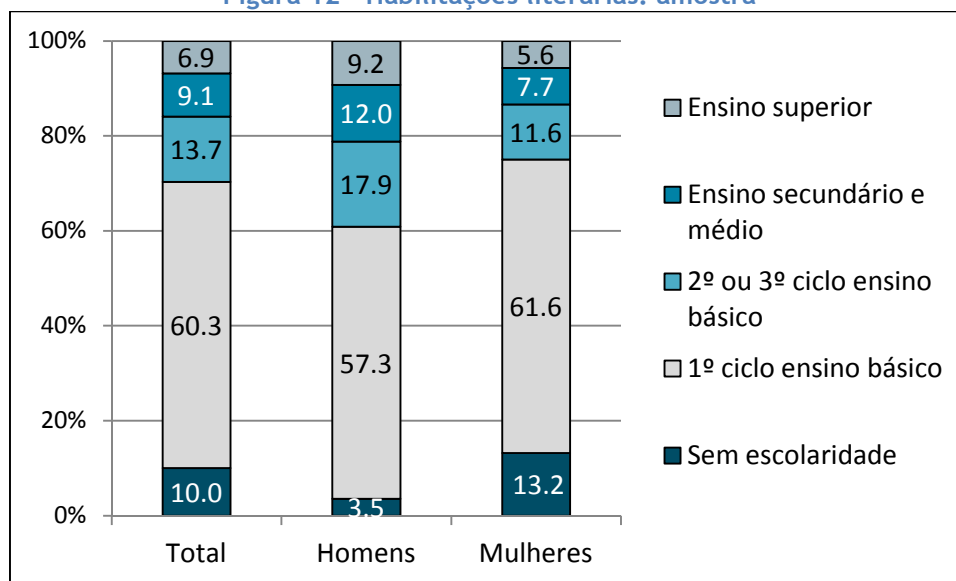
Figura 11 - Habilitações literárias: população residente com 60+ anos



Fonte: INE, 2011

Na amostra obtida a maioria dos respondentes frequentou o 1º ciclo (60.3%), seguindo-se a frequência do 2º e 3º ciclo (13.7%) e os inquiridos sem escolaridade (10.0%) (Figura 12). Verifica-se aqui uma diferença relativamente à população portuguesa, na qual encontramos mais indivíduos sem escolaridade (16%) do que aqueles que frequentaram o 2º e 3º ciclo do ensino básico (12%). Tal como na população as mulheres são menos escolarizadas que os homens, pelo que se regista uma maior proporção de mulheres sem qualquer escolaridade. Os homens são mais escolarizados, demonstrando uma maior percentagem em todos os níveis de escolaridade: 2º e 3º ciclo do ensino básico, secundário e ensino superior.

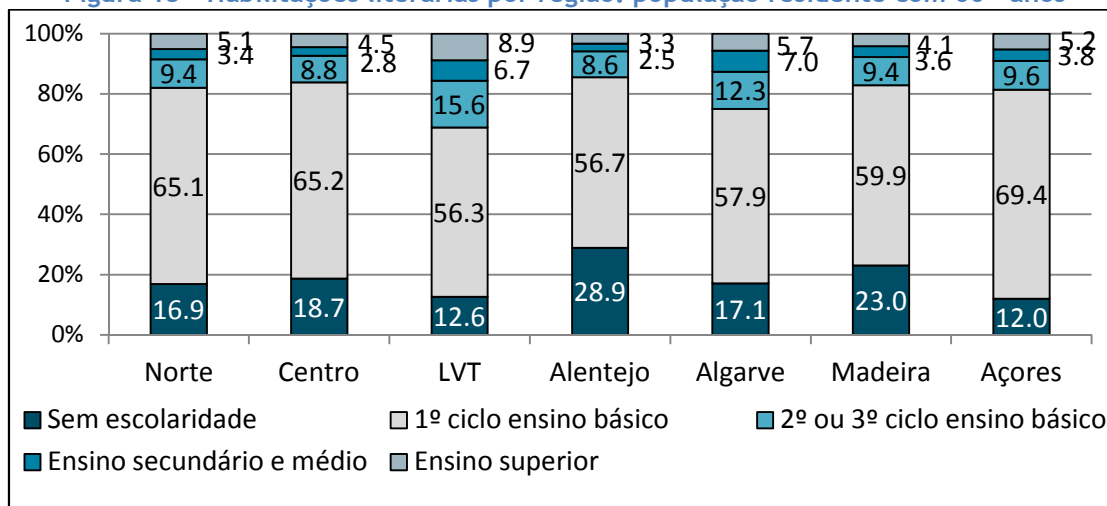
Figura 12 - Habilitações literárias: amostra



Se analisarmos a escolaridade da população portuguesa por região, conclui-se que na região do Alentejo se verifica uma maior proporção da população sem

escolaridade (28.9%) seguida da Região Autónoma da Madeira (23%) (Figura 13). Em contrapartida, a região de LVT surge como a região com maior percentagem de indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade: 2º e 3º ciclo do ensino básico (15.6%), secundário (6.7%), ensino superior (8.9%).

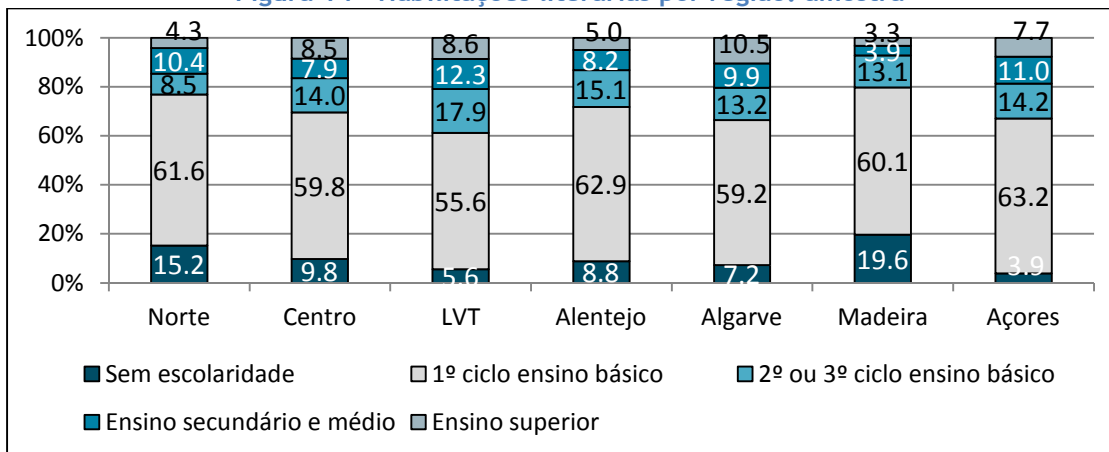
Figura 13 - Habilitações literárias por região: população residente com 60+ anos



Fonte: INE, 2011

Na amostra, a Madeira é a região que apresenta a maior percentagem de inquiridos sem escolaridade (19.6%) (Figura 14). No caso do Alentejo, a distribuição da escolaridade não vai ao encontro do que foi observado na população portuguesa, tendo-se observado na amostra uma menor percentagem de pessoas sem escolaridade (8.8%). Pelo contrário, a distribuição na região de LVT assemelha-se ao que foi observado na distribuição da população portuguesa, sendo a região com a maior percentagem de indivíduos com frequência de níveis mais elevados de escolaridade: 2º e 3º ciclo do ensino básico (15.1%), secundário (8.2%), ensino superior (5.0%).

Figura 14 - Habilitações literárias por região: amostra

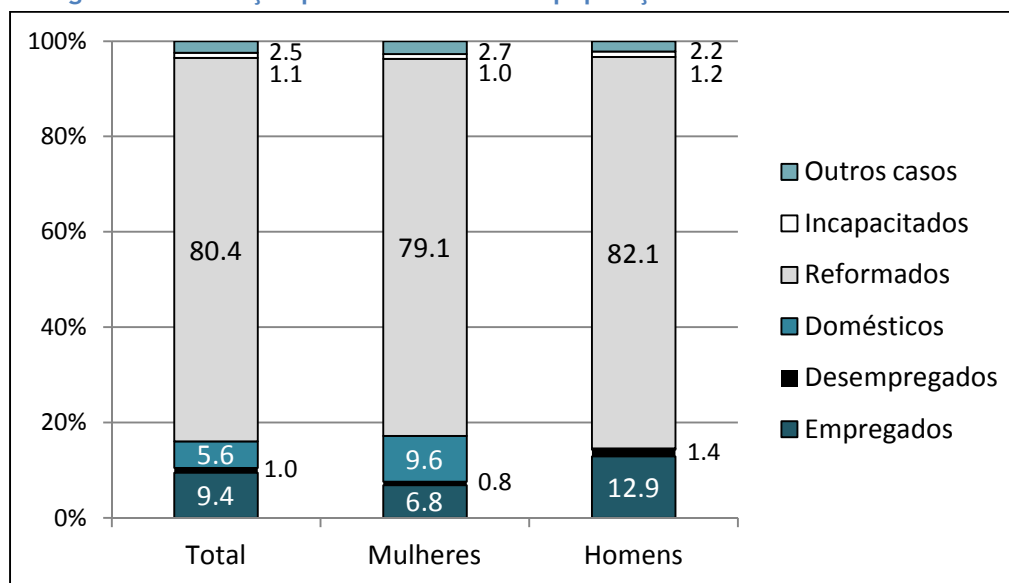


Situação perante o trabalho

No que concerne à situação perante o trabalho/ocupação a maioria da população com 60+ anos, residente em Portugal, encontra-se reformada (80.4%) (Figura 15).

Existe uma maior proporção de homens (12.9%) a exercer uma atividade laboral, comparativamente às mulheres (6.8%). É de notar, ainda, que a categoria domésticos (as) representa, no caso das mulheres, cerca de 10% enquanto nos homens somente 1.4% do total da população portuguesa se situa nesta categoria.

Figura 15 - Situação perante o trabalho: população residente com 60+ anos



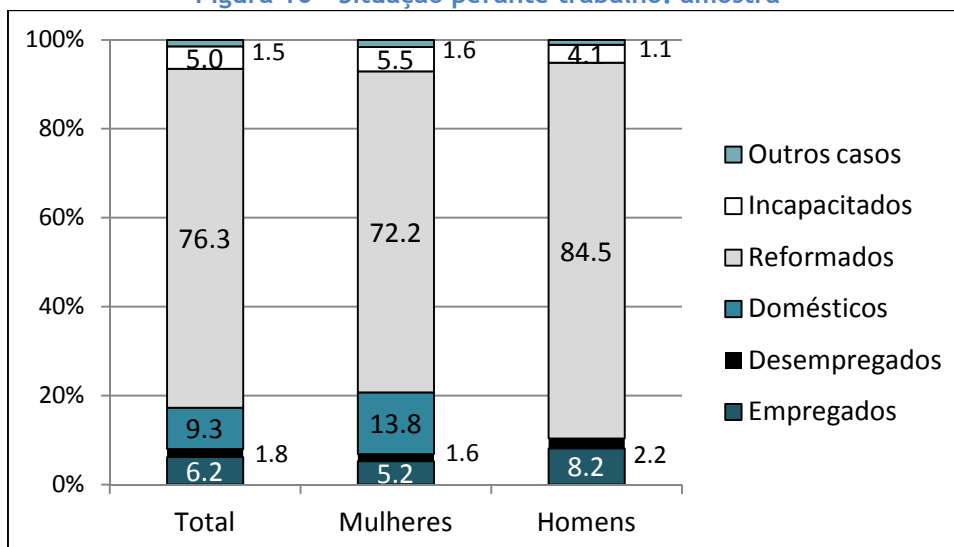
Fonte: INE, 2011

Tal como na população portuguesa, na amostra obtida a maioria dos inquiridos encontra-se em situação de reforma (76.3%), seguindo-se os respondentes na categoria doméstico(a) (9.3%) e a exercer um trabalho (6.2%) (Figura 15).

Observa-se também, no caso da amostra, uma maior proporção dos respondentes em situação de incapacidade (reformados por invalidez) (5.0%).

Também na amostra obtida os homens, em situação laboral (8.2%), expressam uma maior peso comparativamente às mulheres.

Figura 16 - Situação perante trabalho: amostra



Incapacidade nas atividades de vida diária

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas que uma pessoa necessita de realizar para cuidar de si mesmo no dia-a-dia e que são utilizadas para determinar o nível de funcionalidade dos indivíduos, nomeadamente em termos das limitações e necessidades/ajudas requeridas.

No presente estudo, das várias atividades de vida diária que foram avaliadas (alimentação, higiene pessoal, mobilidade, toma de medicação, entre outras), existem duas também abordadas nos Censos de 2011: 1) tomar banho/vestir-se e 2) andar.

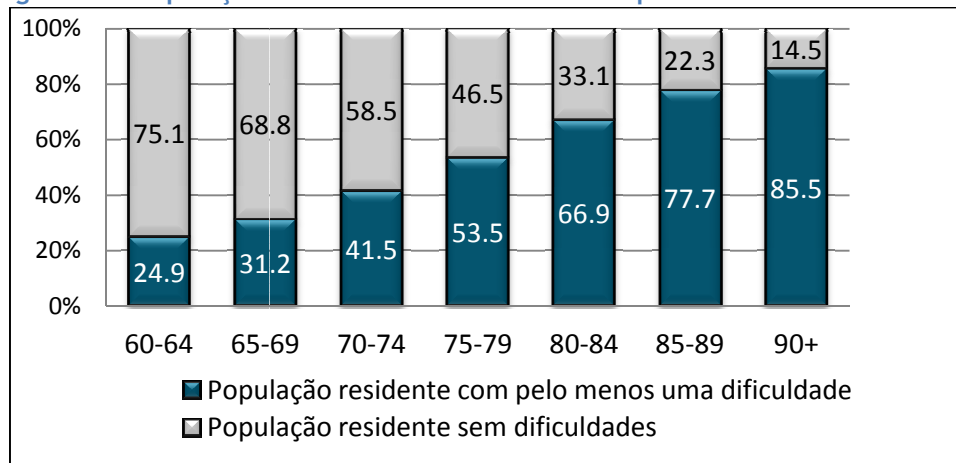
O tratamento da incapacidade pelo INE baseia-se na “auto-avaliação da funcionalidade e da incapacidade como resultado de uma interação dinâmica entre a pessoa e os fatores contextuais” (INE, 2011:27). Segundo os Censos, cerca de 17.8% da população com 5 ou mais anos de idade declarou ter muita dificuldade, ou não consegue realizar, pelo menos, uma das 6 atividades diárias. Na população com 65 ou mais anos, este indicador atinge os 50%.

De acordo com os resultados dos Censos de 2011, das 2644805 pessoas com 60+ anos residentes em Portugal, 1153204 (43.6%) referiram ter dificuldade em pelo menos uma das 6 atividades básicas da vida diária: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir, compreender/fazer-se entender.

Observou-se que à medida que a idade avança, o número de pessoas com dificuldades nas AVDs aumenta (Figura 16), agudizando-se na designada “quarta idade”, ou seja, a partir dos 80 anos.

No grupo etário dos 60 aos 64 anos, as pessoas com pelo menos uma dificuldade representam cerca de 25%, enquanto no grupo etário dos 90+ anos esse valor cresce para 85.5%.

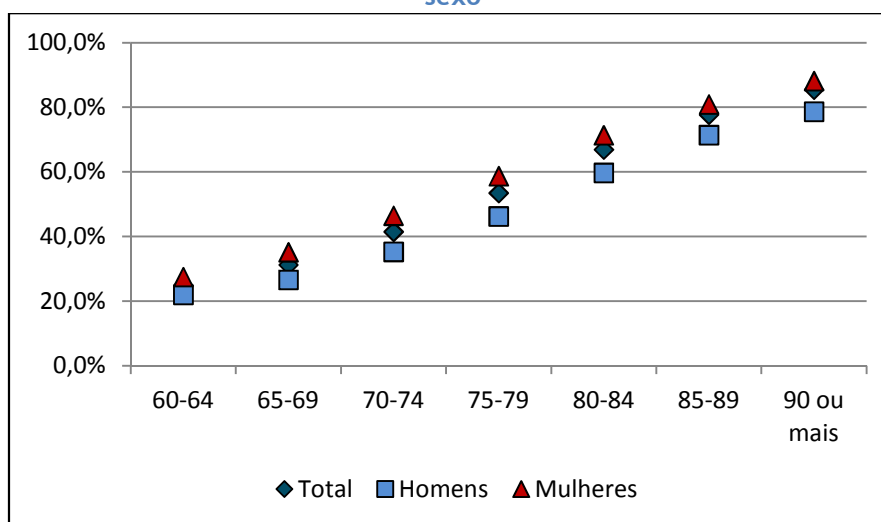
Figura 17 - População residente com 60+ anos com pelo menos uma dificuldade



Fonte: INE, 2011

Numa análise por sexo verifica-se que as dificuldades afetam mais as mulheres (49.0%) do que os homens (36.5%). Da leitura do gráfico (Figura 18) pode-se deduzir que, embora as mulheres tenham uma maior longevidade, estão em maior risco de incapacidade, acentuando-se à medida que a idade avança.

Figura 18 - População residente com 60+ anos com pelo menos uma dificuldade segundo o sexo

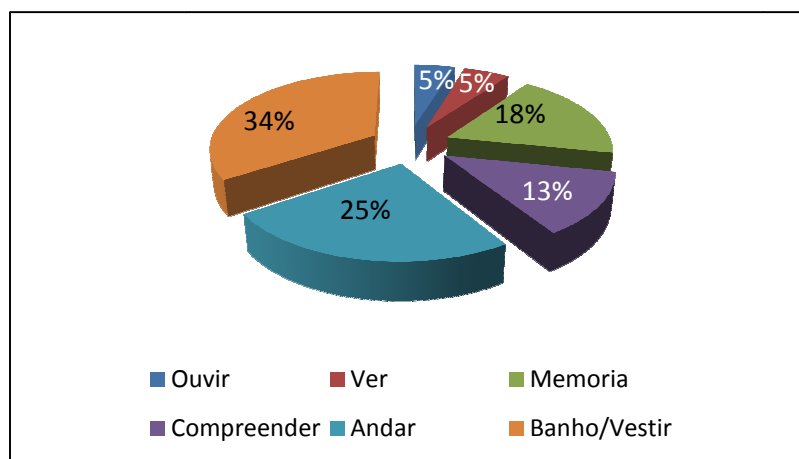


Fonte: INE, 2011

Considerando a população com 60+ anos residente em Portugal com pelo menos uma dificuldade (1153204 pessoas), 67.9% não consegue ou tem muita dificuldade em andar e 33.7% não consegue/ou têm muita dificuldade em vestir-se ou tomar banho sozinhos.

Se a análise incidir no total de incapacidades identificadas pela população portuguesa, como não conseguindo realizar, conclui-se que são as atividades pessoais da vida diária, como o banho/vestir (34%) e o andar (25%) que surgem em maior proporção. A memória e o fazer-se compreender surgem, em seguida, como as capacidades cognitivas mais comprometidas. A visão e a audição registam valores residuais.

Figura 19 - Percentagem de incapacidades referenciadas pela população residente com 60+ anos (%)



Fonte: INE, 2011

Por definição a avaliação funcional contempla as limitações físicas que uma doença crónica pode gerar nas atividades da vida diária. No questionário aplicado à amostra obtida partiu-se de uma tipologia das atividades básicas da vida diária (AVD), adaptada da escala de Katz (1963; in Arrazola et al., 2001), e subdividida em as atividades pessoais da vida diária (APVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As *atividades pessoais* incluem a alimentação (cortar/ comer a comida), higiene pessoal (vestir e despir, andar, deitar e levantar-se da cama, tomar banho ou duche e utilizar a sanita), mobilidade, medicação, entre outras. As *atividades instrumentais* contemplam as tarefas domésticas, acompanhamento a consultas/assuntos administrativos (ir às compras, preparar as próprias refeições, tarefas domésticas, toma de medicamentos).

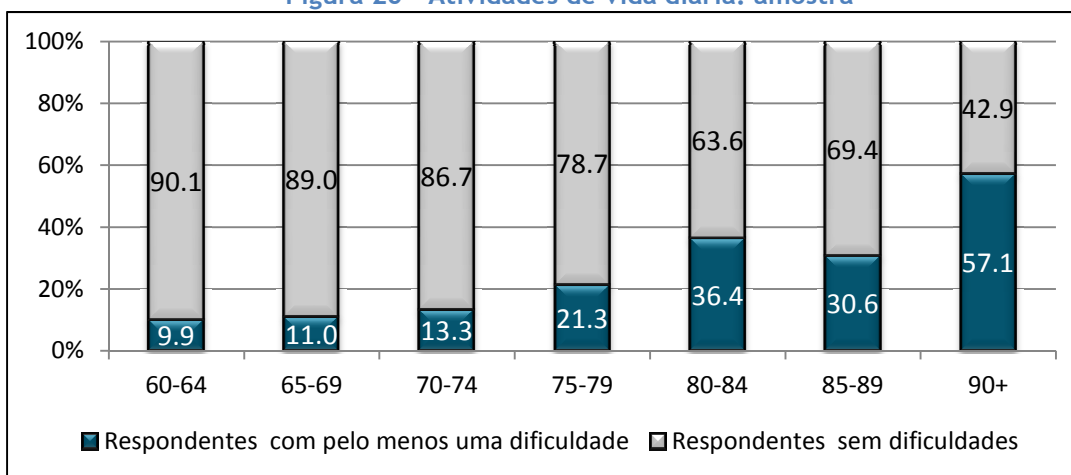
Dos 1123 respondentes que fazem parte da amostra, 16.6% têm dificuldade em pelo menos uma das atividades básicas da vida diária: andar, tomar banho, despir/vestir-se, deitar/levantar-se da cama, utilizar a sanita, cortar/comer comida, tarefas domésticas, tomar os medicamentos.

Este valor é significativamente menor quando comparado ao da população portuguesa uma vez que a tipologia adotada não contempla incapacidades do foro

mental ou cognitivo (memória/concentração; compreender/fazer-se entender), visual, auditivo.

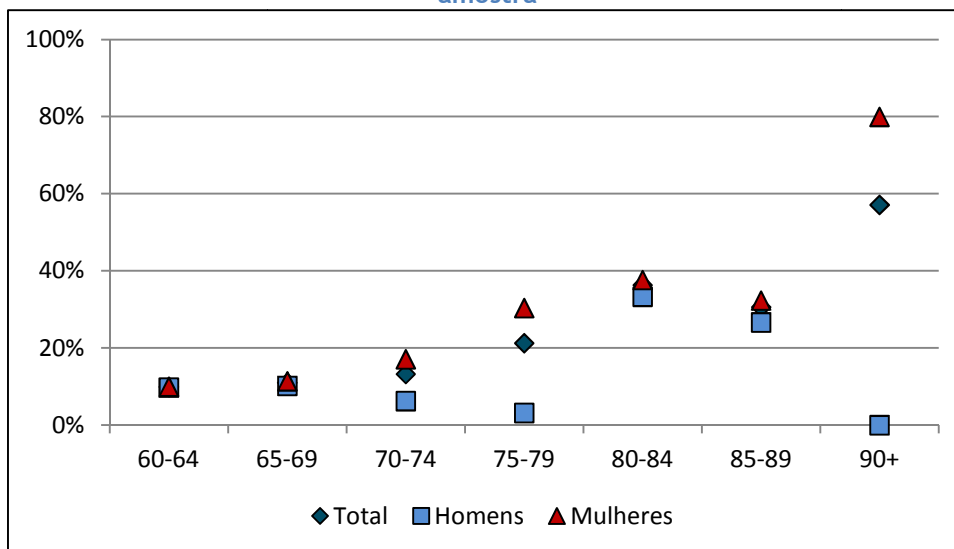
Por um lado, à semelhança do que é observado na população portuguesa, a incapacidade funcional afeta mais as mulheres (19.5%) do que os homens (10.7%). Por outro lado, a incapacidade funcional afeta sobretudo os grupos etários com idade mais avançada, a partir sobretudo dos 80 anos (36.4%).

Figura 20 - Atividades de vida diária: amostra



O gráfico seguinte vem assim corroborar que as mulheres mais idosas estão mais expostas ao risco da incapacidade, comparativamente à população masculina, acentuando-se nos grupos etários com idade mais avançada.

Figura 21 - Pessoas com 60+ anos com pelo menos uma dificuldade segundo o sexo: amostra



O número de dificuldades referidas por respondente variou entre 0 a 8. Do total de 186 respondentes que referenciou não conseguir realizar uma das atividades

peçoais e instrumentais da vida diária (16,6%), a maioria identificou uma a duas incapacidades nas AVD, 23% identificaram 3 a 5 atividades e somente uma minoria (3%) não consegue realizar mais do que 6 atividades.

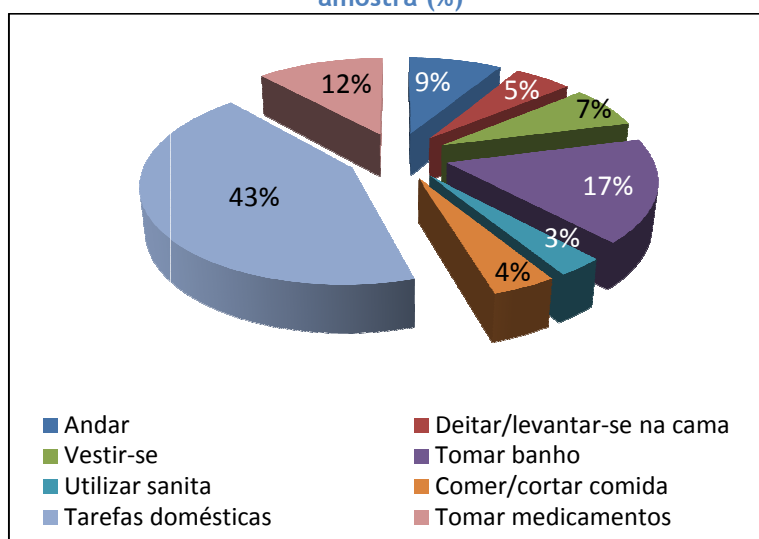
Quadro 9 - Número de dificuldades referidas: amostra

Nº dificuldades/AVD	Nº respondentes	% Respondentes
0	937	83.44
1	110	9.80 (59.14)
2	27	2.40 (14.52)
3	25	2.23 (13.44)
4	12	1.07 (6.45)
5	6	0.53 (3.23)
6	3	0.27 (1.61)
7	2	0.18 (1.08)
8	1	0.09 (0.54)

(...) % calculada de 186

Do total de respondentes que referenciou dificuldades na realização das atividades da vida diária, sobressaem as dificuldades na realização das tarefas domésticas (43%) e nas atividades pessoais, como tomar banho (17%) e tomar os medicamentos (12%). As restantes atividades pessoais registam valores residuais.

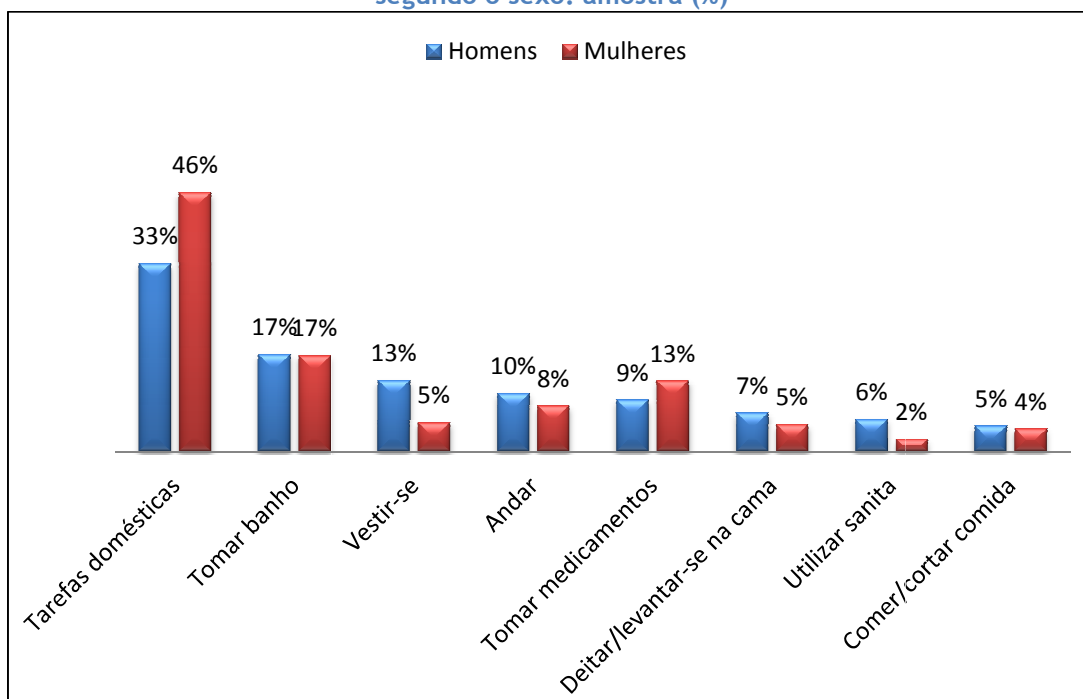
Figura 22 - Percentagem de incapacidades referenciados pelos respondentes nas AVD: amostra (%)



Se relacionarmos os tipos de incapacidade segundo o sexo, registam-se algumas regularidades que importa destacar. A primeira refere-se às atividades domésticas. Poderemos estar perante diferentes entendimentos sobre o significado das “tarefas domésticas” nos quais o género poderá ser um elemento explicativo. Daqui sobressai a dificuldade sentida pelas mulheres, explicada possivelmente pela questão funcional. Ao invés dos homens a dificuldade na realização das atividades esbate-se, não tanto pela questão funcional, mas cultural, ou seja, não se realiza porque nunca se exerceu um papel ativo nas tarefas domésticas da vida familiar.

Ainda que as mulheres revelam um maior nível de incapacidade com a idade, proporcionalmente os homens registam valores superiores, quando comparados aos das mulheres sobretudo em atividades pessoais da vida diária, como é o vestir, o andar, o deitar/levantar-se da cama, requerendo, por isso, maiores necessidades de apoio de terceiros.

Figura 23 - Percentagem de incapacidades referenciados pelos respondentes nas AVD segundo o sexo: amostra (%)



Embora os dados não possam ser comparáveis dado que não existiu a utilização da mesma tipologia para as AVD, podemos no entanto observar a distribuição da amostra relativamente as atividades da vida diária que são idênticas, como é o caso do andar e do tomar banho/vestir.

Os gráficos seguintes (Figura 24 e 25) evidenciam a similitude dos valores respeitantes à distribuição da incapacidade destas duas atividades na amostra e na população.

Figura 24 - AVD: População residente com 60+ anos

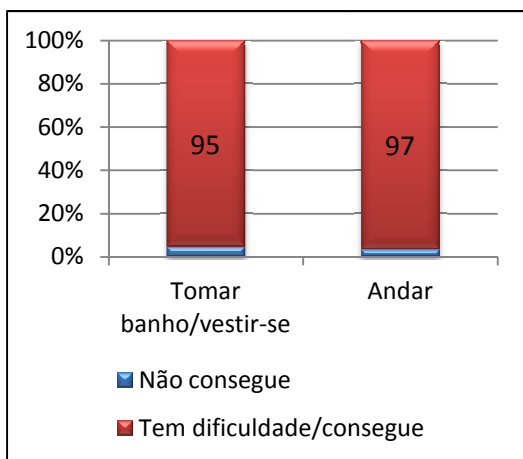
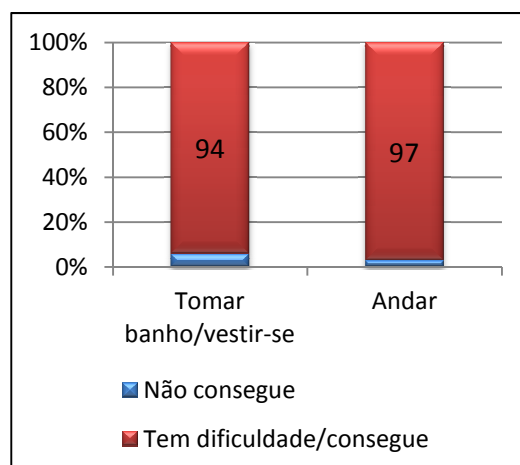


Figura 25 - AVD: Amostra



Fonte: INE, 2011

Agregados domésticos

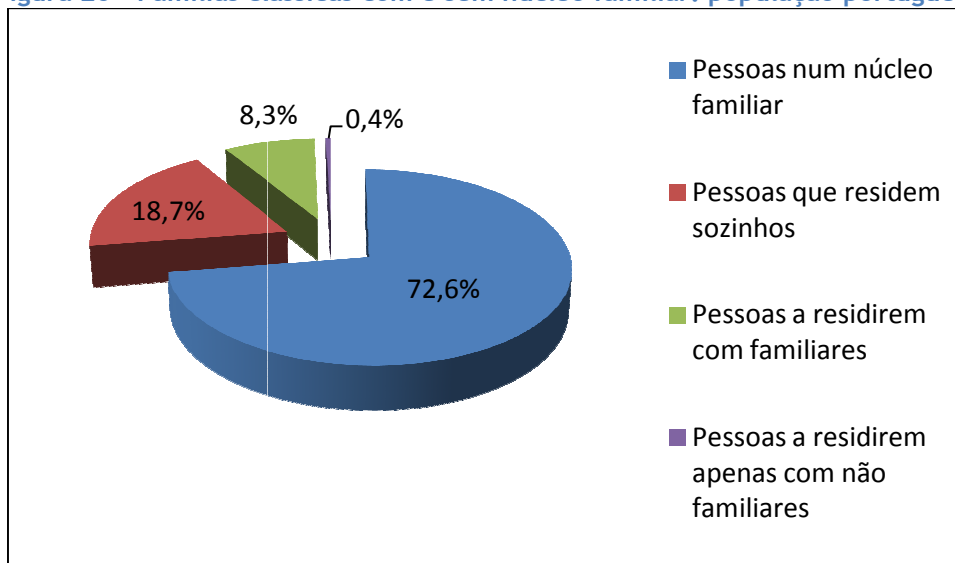
De seguida iremos caracterizar os agregados domésticos, relativamente à sua dimensão e composição do agregado familiar.

O INE define como núcleo familiar "o conjunto de indivíduos residentes, dentro de uma família clássica, entre os quais existe um dos seguintes tipos de relação: casal "de direito" ou de "facto" com ou sem filho (s) não casados (s), pai ou mãe com filho(s) não casado(s), avós com neto (s) não casado(s) e avô e avó com neto(s) não casado(s)".

Segundo o INE, um núcleo familiar é composto por 2 ou mais pessoas e uma família clássica pode ser constituída por 1 ou mais núcleos familiares.

Na população portuguesa, as pessoas com 60+ anos vivem na sua maioria num núcleo familiar (72.6%), 18.7% vive só e 8.3% com familiares.

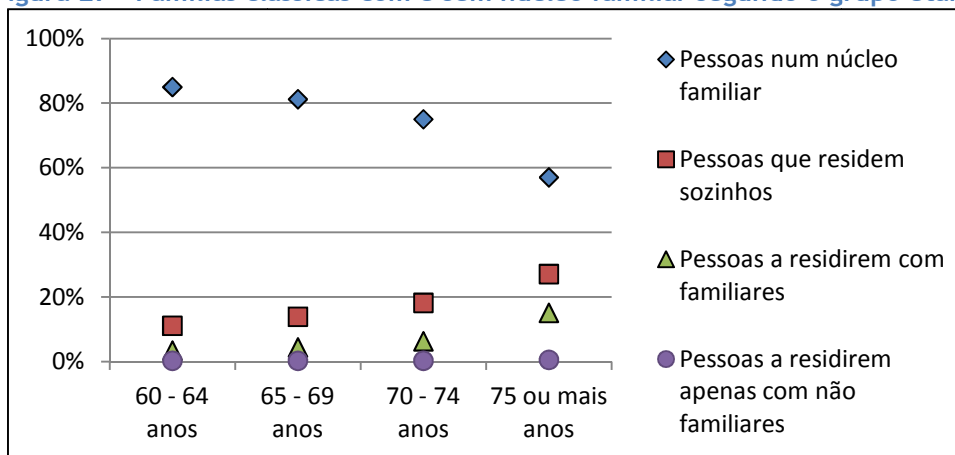
Figura 26 - Famílias clássicas com e sem núcleo familiar: população portuguesa



Fonte: INE, 2011

Quando relacionamos o tipo de agregado doméstico segundo os grupos etários, verifica-se que à medida que a idade avança o número de pessoas a residir sós aumenta, à semelhança das pessoas a residirem com familiares. Contrariamente, as pessoas a residirem em núcleos familiares decresce significativamente a partir dos 70 anos, agudizando-se no grupo com idade superior a 75 anos. Este decréscimo poderá estar relacionado com a sobre mortalidade masculina e a preponderância das mulheres nas idades mais avançadas.

Figura 27 - Famílias clássicas com e sem núcleo familiar segundo o grupo etário



Fonte: INE, 2011

Na amostra obtida, a dimensão média das famílias é de 2.1 elementos, oscilando entre 1 a 7 pessoas por agregado familiar. As famílias unipessoais, ou seja, pessoas a residir sós, representam 22.6% do total da amostra, valor ligeiramente acima do da população portuguesa a residir só (18.7%).

Quadro 10 - Dimensão dos agregados familiares (amostra)

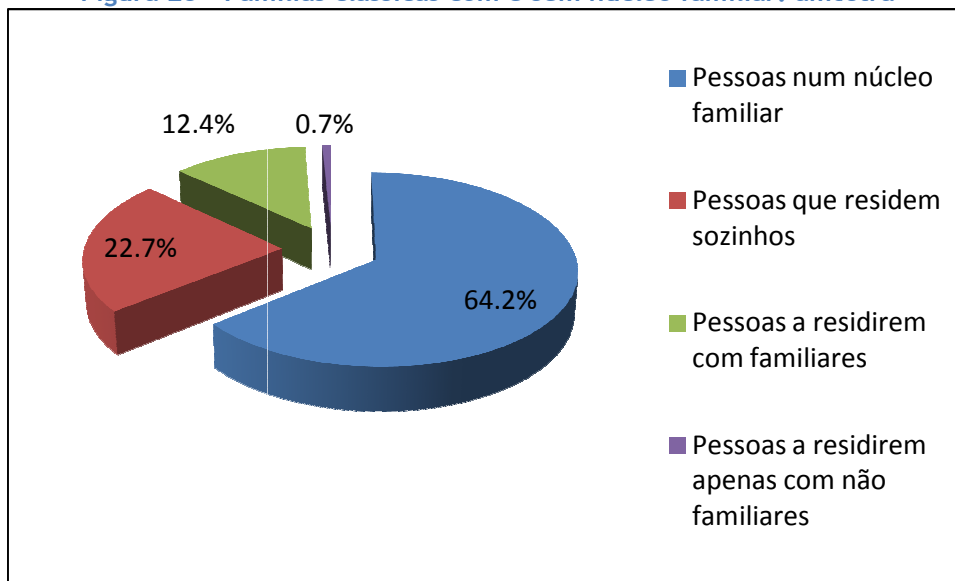
Nº elementos do agregado familiar	N	%
1	254	22.7
2	632	56.6
3	149	13.3
4	48	4.3
5 ou mais	34	3.1

Nota: Existem 6 casos sem informação, tendo por si sido retirados da análise

Média	DP	Mínimo	Máximo
2.1	0.97	1	7

Na amostra obtida 64.2% das pessoas com 60+ anos vivem num núcleo familiar (casado/união de fato; monoparental; filhos não casados), 12.4% residem com familiares e 0.7% com não familiares.

Figura 28 - Famílias clássicas com e sem núcleo familiar: amostra



Síntese conclusiva

Em síntese, da caracterização da amostra ressaltam os seguintes aspetos:

- Estamos perante uma amostra constituída por 66.8% de mulheres 33.2% de homens. Distribuição que se mantém homogénea de acordo com a região, com exceção para a região do Algarve (com um maior peso relativo da população masculina);
- Quando observamos a distribuição da população portuguesa e da amostra obtida sobressaem algumas variações relativamente aos grupos etários, ou seja, na amostra existe um maior peso relativo das mulheres até aos 79 anos e uma menor proporção no grupo dos 85 e mais anos. Inversamente, uma menor proporção dos homens pode ser observada em todos os grupos etários, agudizando-se sobretudo nas idades mais jovens, 60 aos 64 anos;
- O perfil dos respondentes da amostra obtida vai ao encontro do perfil sociodemográfico da população portuguesa com 60 e mais anos nos seguintes traços:
 - *Estado civil* - predominam as pessoas casadas, seguidas das viúvas, solteiras e divorciadas;
 - *Escolaridade* - Embora a amostra obtida seja ligeiramente mais qualificada, a tendência é idêntica, ou seja, as mulheres são menos escolarizadas que os homens e estes últimos demonstram uma maior percentagem em todos os níveis de escolaridade, desde o 2º e 3º ciclo do ensino básico, passando pelo secundário até ao ensino superior;
 - *Situação perante o trabalho* - tal como na população portuguesa, a maioria dos inquiridos na amostra encontra-se em situação de reforma, doméstico(a) e a exercer um trabalho. Em ambas, os homens tendem a trabalhar até mais tarde;
 - *Incapacidade* - as incapacidades relacionadas com a funcionalidade, como o vestir/tomar banho e o andar, constituem as atividades que comprometem a qualidade vida dos que expressaram a sua incapacidade de realização. Esta é transversal, quer à população portuguesa em geral, quer à amostra, incidindo sobretudo nas mulheres, com idade avançada. Resultado, aliás, confirmado já pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) relativamente às *incapacidades de curta e longa duração*¹. Também o Censo de 2001 veio revelar a maior

¹ O Inquérito Nacional de Saúde define *incapacidade de longa duração* como a caracterização dos indivíduos face ao grau de dependência de terceiros para a realização de alguma (s) das suas necessidades básicas, em resultado de doenças ou problemas de saúde permanentes. Este inquérito excluiu instituições e incidiu numa amostra representativa composta por 21.808 agregados no Continente.

incidência das incapacidades (motoras e mentais) nas idades mais avançadas, com maior expressão no grupo das mulheres, em especial no grupo etário dos => 75 anos (INE, 2001).

Por fim, o perfil sociofamiliar da amostra tem um padrão semelhante ao da população em geral. Uma população a viver, em primeiro lugar num núcleo familiar composto por duas pessoas, representando na amostra 56.6%. Estamos a falar de casais (casados ou união de facto). As pessoas a residir sós representam 22.6% do total da amostra, proporção ligeiramente superior à da população portuguesa a residir só (18.7%). A amostra revela ainda uma percentagem de pessoas a viver com familiares (12.4%), valor ligeiramente superior ao encontrado na população (8.3%).

Os dados brutos aqui apresentados permitem uma caracterização descritiva e preliminar da amostra. A etapa seguinte terá com objetivo calcular as estimativas da violência contra as pessoas idosas e, para isso, irá proceder-se à ponderação da amostra, pela representatividade de cada região no total da população portuguesa com 60+ anos, calibrando os ponderadores por sexo e grupo etário.

Bibliografia

- Acierno R., et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. 2010 *American Journal of Public Health*, 2:292-297.
- American Association for Public Opinion Research *Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys*. 7th edition. AAPOR, 2011.
- ANACOM. Situação das comunicações 2011. Comunicações eletrónicas. ANACOM. 25-05-2012 [documento on-line] [acedido a 05.12.2012] Disponível em: <http://www.anacom.pt/render.jsp?contentId=1127309>
- Arrazola L. F. J., Lezaun Y. J. J., Manchola, E. A. and Méndez, A. U. *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir- manual práctico*. Madrid: Caritas, 2001.
- Chey T., Smith W., Jalaludin B., Salkeld, G. and Capon, T. Increasing response rates in telephone surveys: a randomized trial. 1995 *Journal of Public Health Medicine* 17(1): 33-38.
- Garre-Olmo J., et al. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. 2009 *Journal of the American Geriatrics Society* 57:815-822.
- Grande E. D., et al. *Interpersonal violence and abuse survey*. South Australia: South Australian Department of Human Services, 2000.
- Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. [documento online] [acedido a 27.11.2012]. Disponível em:
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Kiezebrink K., Crombie I., Irvine L., Swanson V., Power K., Wrieden W. and Slane P. Strategies for achieving a high response rate in a home interview survey. 2009 *BCM Medical Research Methodology* 9(46):1-6.
- Lachs M. S. and Pillemer K. Elder abuse. 2004 *Lancet* 364(2):1263-72.
- Lensvelt-Mulders G. Survey Sensitive topics. In *International Handbook of Survey Methodology*, edited by Edith D. de Leeuw, Joop J. Hox and Don A. Dillman, 461-478. New York: Psychology Press, Taylor & Francis, 2008.
- Lowenstein A., Eisikovits Z. and Band-Winterstein T. Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. 2009 *Journal of Elder Abuse and Neglect* 21:253-277.
- Luoma ML., et al. *Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal*. Finland: National Institute for Health and Welfare, 2011.

- Marmolejo I. I. *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la Violencia, 2008.
- McGee H., et al. *The SAVI report: Sexual Abuse and Violence in Ireland*. Dublin: Lively Press and Rape Crisis Centre, 2002.
- Naughton C., et al. *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin: University College Dublin, 2010.
- O'Brien M. Eileen, Black M. C., Carley-Baxter L. R., Simon, T. R. Sensitive Topics, Survey Nonresponse, and Considerations for Interviewer Training. 2006 *American Journal of preventive Medicine* 31(5):419-423.
- O'Keefe M., et al. *UK study of abuse and neglect of older people: prevalence survey report*. Londres: National Centre for Social Research and King's College, 2007.
- O'Toole J., Sinclair M. and Karin L. Maximising response rates in household telephone surveys. 2008 *Medical research Methodology* 8(71):1-5.
- Pillemer K. Factores de riesgo del maltrato de mayores. In *Violencia contra personas mayores*, edited by Isabel Iborra Marmolejo, 18-28. Barcelona: Colección Estudios sobre Violencia, 2005.
- Pillemer K. *Prevalence of Elder Abuse Survey - Final questionnaire*. Cornell University, 2009.
- Pillemer K. and Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. 1988 *Gerontologist* 28:51-57.
- Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. 1993 *Journal of Elder Abuse and Neglect* 4:55-58.
- Soares J. J. F., et al. *Abuse and health among elderly in Europe*. Kaunas, Lithuanian: University of Health Sciences Press, 2010.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. *Manual on victimization surveys*. Edited by Soula MacFarlane, Jodi-Anne Brzozowski, Karen Mihorean, Maria Giuseppina Muratore, Frits Huls, Beata Gruszczynska, Alison Walker, Jon Simmons, Michael Rand, Kauko Aromaa, Joanna Goodey, Sami Nevala and Geoffrey Thomas. Geneva: United Nations, 2010.

Anexos

Anexo 1.

Taxas de resposta e de recusa

Taxas de resposta e de recusa

Classificação dos contactos	Designação	Total	N
Entrevistas completas	I	Entrevistas que foram respondidas na sua totalidade.	1108
Entrevistas parciais	P	Entrevistas que foram completadas pelo menos até ao final do bloco das questões sobre a violência (VI. Experiências de violência).	15
Recusas (elegíveis)	R	Todos aqueles respondentes que sendo elegíveis não quiseram responder ao questionário ou que desistiram da entrevista antes de completar o bloco VI.	394
Não contacto	NC	Todos os elementos elegíveis com quem não foi possível estabelecer o contacto.	0
Outros não contactos	O	Todos aqueles respondentes que sendo elegíveis não recusarem a entrevista diretamente, mas não foi possível obter as respostas devido outros fatores (por exemplo: morte após de agendamento da entrevista, problemas linguísticos, etc.).	0
Elegibilidade desconhecida	UH	Casos para os quais não foi possível verificar elegibilidade (por exemplo: não atende, <i>voice mail</i> , contacto interrompido antes de verificar elegibilidade, etc.).	22805
Elegibilidade desconhecida outro	UO	Outros casos em que, sabendo que se trata de um domicílio particular, não é possível verificarem outros critérios de elegibilidade (Por exemplo: se o respondente potencialmente elegível reside ou não no domicílio).	0
Não elegíveis	-	Indivíduos contactados que não cumprem os critérios de elegibilidade.	12377

Taxas de Resposta

$$RR6 = \frac{I + P}{I + P + R + NC + O}$$

Taxas de Recusa

$$REF3 = \frac{R}{I + P + R + NC + O}$$

Nota: resultado dos contactos NC=0; O=0; UO=0.

Anexo 2.

Regiões de saúde

Regiões de Saúde

Mapa: limitação geográfica das Regiões de Saúde



Distribuição dos concelhos de Portugal Continental por Regiões de Saúde

Regiões de saúde	Concelhos
Norte	Arouca, Castelo de Paiva, Espinho, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira, Vale de Cambra, Amares, Barcelos, Braga, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Guimarães, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde, Vizela, Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso, Vinhais, Vila Nova de Foz Côa, Amarante, Baião, Felgueiras, Gondomar, Lousada, Maia, Marco de Canaveses, Matosinhos, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel, Porto, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia, Trofa, Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo, Vila Nova de Cerveira, Alijó, Boticas, Chaves, Mesão Frio, Mondim de Basto, Montalegre, Murça, Peso da Régua, Ribeira de Pena, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar, Vila Real, Armamar, Cinfães, Lamego, Moimenta da Beira, Penedono, Resende, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço, Tarouca
Centro	Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga, Vagos, Belmonte, Castelo Branco, Covilhã, Fundão, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei, Vila Velha de Rodão, Arganil, Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Góis, Lousã, Mira, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela, Soure, Tábua, Vila Nova de Poiares, Aguiar da Beira, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso, Alvaiázere, Ansião, Batalha, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Leiria, Marinha Grande, Pedrogão Grande, Pombal, Porto de Mós, Mação, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Mortágua, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Satão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu, Vouzela
Lisboa e Vale do Tejo	Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos, Peniche, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Cadaval, Cascais, Lisboa, Loures, Lourinhã, Mafra, Oeiras, Sintra, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras, Vila Franca de Xira, Amadora, Odivelas, Abrantes, Alcanena, Almeirim, Alpiarça, Benavente, Cartaxo, Chamusca, Constância, Coruche, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha, Ourém, Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Sesimbra, Setúbal
Alentejo	Gavião, Aljustrel, Almodôvar, Alvitto, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa, Vidigueira, Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo, Vila Viçosa, Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre, Sousel, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines
Algarve	Albufeira, Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Faro, Lagoa, Lagos, Loulé, Monchique, Olhão, Portimão, São Brás de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo, Vila Real de Santo António