



Daniela Andreia Ferreira Nunes

**Maus-tratos na terceira idade:
percepções dos idosos, população e
profissionais de saúde**

Gandra, Abril de 2011

Daniela Andreia Ferreira Nunes

**Maus-tratos na terceira idade:
percepções dos idosos, população e
profissionais de saúde**

Dissertação apresentada por Daniela Andreia Ferreira Nunes, ao Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (ISCS-N), para obtenção do grau de Mestre em Psicogerontologia, sob orientação da Prof^ª. Doutora Manuela Leite, do ISCS-N e co-orientação da Prof^ª. Doutora Alexandra Serra, do ISCS-N.

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu apreço a todos aqueles que contribuíram para a concretização desta dissertação pelo seu apoio, colaboração e disponibilidade no desenvolvimento da mesma.

À Professora Doutora Manuela Leite, enquanto orientadora, pelo incentivo do tema, pelos esforços combinados em levar a cabo este trabalho e por estar sempre disponível e pelos esclarecimentos nos momentos mais revoltos.

À Professora Doutora Alexandra Serra, co-orientadora, pelo seu apoio e disponibilidade, pelas sugestões extremamente valiosas.

A todos os docentes do curso de Mestrado em Psicogerontologia, pelo saber facultado e em especial aqueles cujas personalidades, métodos e amizades me afectaram mais.

Ao Professor Doutor José Júlio Pacheco, pela amizade e pelos ensinamentos que procuro absorver.

Ao Nuno pela sua presença incondicional em todos os momentos da minha vida, pela sua compreensão e paciência nos momentos que considere mais difíceis.

Aos meus pais e irmã, por me proporcionarem um contexto íntimo, fundamental para o meu crescimento.

E, por último, mas não menos importante, quero agradecer especialmente a todos os participantes deste estudo, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Índice

Índice de Tabelas.....	iv
Índice de Anexos	vi
Lista de Abreviaturas, Símbolos e Siglas	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
I. Introdução.....	1
1. Estado de Arte.....	2
1.1. <i>Envelhecimento</i>	2
1.1.1. <i>Dados demográficos</i>	2
1.1.2. <i>Ser idoso</i>	4
1.1.3 <i>Vulnerabilidade do idoso</i>	5
1.1.4. <i>Maus-tratos a idosos</i>	7
1.1.4.1. <i>Teorias sobre a prática de Maus-tratos a idosos</i>	8
1.1.4.2. <i>Tipos de maus-tratos a idosos</i>	10
1.1.4.3. <i>Factores de risco de maus-tratos a idosos</i>	12
1.1.4.3.1. <i>Factores de risco da vítima</i>	12
1.1.4.3.2. <i>Factores de risco do agressor</i>	13
1.1.4.3.3. <i>Factores de risco sócio-culturais</i>	14
1.2. <i>Indicadores, Sinais e Sintomas de Maus-tratos a Idosos</i>	16
1.3. <i>Percepções acerca de maus-tratos a idosos</i>	18
1.3.1. <i>Conceito de Percepção Social ou Representação Social</i>	18
1.3.2. <i>Estudos realizados sobre a percepção acerca dos maus-tratos a idosos</i>	19

2. Método	23
2.1. Participantes	24
2.1.1. <i>Variáveis específicas dos idosos</i>	25
2.1.2. <i>Variáveis específicas dos profissionais de saúde</i>	25
2.2. Instrumento	26
2.3. Procedimento	27
3. Apresentação dos Resultados	29
3.1. <i>“Onde Ouviu falar dos maus-tratos?”</i>	29
3.2. <i>“Diga-nos por palavras / expressões / frases o que entende por maus-tratos a idosos?”</i>	29
3.3. <i>“Em que locais podem ocorrer maus-tratos a idosos e quem os pratica?”</i>	30
3.4. <i>“Se tivesse que denunciar uma situação de maus-tratos a idosos, como o fazia?”</i>	31
3.5. <i>“Acha que os idosos estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos?”</i>	32
3.6. <i>“Que tipos de maus-tratos a idosos conhece?”</i>	34
3.7. <i>“Quais são os sinais de maus-tratos a idosos?”</i>	35
3.8. <i>“Indique as causas que contribuem para ocorrência de maus-tratos a idosos?”</i>	36
3.9. <i>“Quais os idosos com maior risco de sofrerem maus-tratos?”</i>	36
3.10. <i>“Diga-nos o que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos a idosos?”</i>	38
3.11. Estudos exploratórios adicionais por grupo	39
4. Discussão	41
5. Conclusão	46

Bibliografia

Anexos

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Comparação das percentagens de cada tipologias de maus-tratos a idosos em vários países

Tabela 2 – Frequências das variáveis específicas Género, Escolaridade, Estado Civil e Situação Laboral no grupo dos idosos (PI), população geral (PG) e profissionais de saúde (PS).

Tabela 3 – Frequências das variáveis específicas dos Profissionais de saúde: Formação em Gerontologia; Formação em Maus-tratos; Frequência com que lida com Maus-tratos.

Tabela 4 – Frequências das variáveis onde ouviu falar de maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 5 – Evocação total das percepções acerca do conceito de maus-tratos a idosos.

Tabela 6 – Frequências das variáveis local de prática e quem os pratica e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 7 – Frequências das variáveis local de denúncia, a quem denunciar e como denunciar e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 8 – Frequências das variáveis formação dos profissionais para identificar, prevenir e intervir, Profissionais com maior risco de cometer MT e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 9 – Frequências das variáveis tipologias Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 10 – Frequências das variáveis Sinais de Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000)

Tabela 11 – Frequências das variáveis Causas de Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 12 – Frequências das variáveis Idosos com maior risco de sofrer maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Tabela 13 – Frequências das variáveis diminuir a ocorrência de Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Índice de Anexos

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

Anexo IA – Instrumento de colheita de dados – Idosos

Anexo IB – Instrumento de colheita de dados – População

Anexo IC – Instrumento de colheita de dados – Profissionais de Saúde

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – Abstract para submissão de comunicação oral

Anexo IV – Artigo em formato publicável em revista com *peer-review*

Lista de Abreviaturas, símbolos e siglas

INPEA – International Network for the Prevention of Elder Abuse

NCPOP – National Centre for the Protection of Older People

OMS- Organização Mundial de Saúde

PI- População Idosa

PG- População em Geral

PS- Profissionais de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

χ^2 – Qui-quadrado

Resumo

O aumento do número de idosos levanta inúmeros desafios à sociedade contemporânea e novos problemas sociais, dos quais os maus-tratos são apenas um de muitos que, entre nós, parece ainda não ter sido reconhecido como tal (Ferreira-Alves, 2005). Desta forma, estabelecemos como principais objectivos deste estudo a identificação e comparação das percepções dos idosos (PI), da população em geral (PG) e dos profissionais de saúde (PS) acerca dos maus-tratos a idosos. Para tal, a amostra é constituída por 90 participantes, 30 por cada grupo. A média das idades no PI é de 70,93 anos ($DP=5,017$), no PG de 49,04 anos ($DP=12,456$), e no PS a média é de 35,50 anos ($DP=11,887$). Predomina o género feminino nos três grupos (PI-76,7%; PG-56,7; PS-60%).

Foi realizado um estudo exploratório descritivo, segundo uma abordagem qualitativa cujas respostas de evocação livre categorizadas e quantitativa, com recurso ao programa SPSS v17.0. Assim, para a recolha de dados foi utilizado como instrumento uma entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas.

Os resultados obtidos revelam que todos os grupos já ouviram falar de maus-tratos a idosos através da comunicação social. Consideram que a maioria das situações de maus-tratos ocorre no domicílio (PI-56,7%; PG-83,3%; PS-93,3%), perpetrada por familiares (PI-50%; PG-83,3%; PS-93,3%). Divergem nas tipologias de maus-tratos mais frequentes, uma vez que a PI releva a negligência/abandono (63,3%), a PG os maus-tratos psicológicos (83,3%) e o PS a agressão física (96,7%). Todos os grupos consideram como sinais / indicadores mais evidentes os psicológicos / emocionais (PI-76,7%, PG-86,7%, PS-90%). Quanto à prevenção, a PI (36,7%) considera que é necessária maior assistência e apoio, enquanto o PS (70%) e a PG (60%) valorizam a necessidade de maior educação / formação. Tanto o PI como o PS consideram que a maioria dos técnicos é capaz de identificar (PI-46,7%; PS-63,3%), prevenir (PI-43,3%; PS-43,3%) e intervir (PI-60%; PS-56,7%) nos maus-tratos. Contudo, a maioria da PG julga que os técnicos não estão habilitados para a prevenção (PG-53,3%). O PI considera ainda que qualquer profissional (26,7%) poderá ser um potencial agressor, enquanto a PG (36,7%) e o PS (43,3%) referem os auxiliares de acção médica como a categoria profissional mais propensa para ser maltratante.

Este estudo reforça a importância da criação de estruturas em rede entre a Saúde, o Serviço Social e as Autoridades que permitam uma resposta mais eficaz, bem como uma maior educação formação não só dos profissionais, como também da população em geral e dos próprios idosos.

Abstract

The increasing number of elderly raises numerous challenges to modern society and new social problems, in which mistreatment is just one of many that does not seem to have been recognized (Ferreira-Alves, 2005). Thus, we establish as main objectives of this study to identify and to compare the perceptions of the elderly (PI), the general population (PG) and health professionals (PS) about elderly mistreatment. The sample consists of 90 participants, 30 from each group. The mean age in PI is 70.93 years ($SD=5.017$), the PG of 49.04 years ($SD=12.456$), and PS the average is 35.50 years ($SD=11.887$). Female gender dominates in all groups (PI-76,7%; PG-56,7, PS-60%).

We conducted a descriptive exploratory study, using a qualitative approach whose responses were categorized after free recall and quantitatively, using SPSS v17.0. Thus, for the data collection instrument was used as a semi-structured interview with open and closed questions.

The results show that all groups have heard of elderly mistreatment of older people through the media. Consider that most situations of abuse occurs at home (PI-56,7%; PG-83,3% PS-93,3%), perpetrated by family members (PI-50% PG-83,3 % PS-93,3%). Differ in more frequent types of abuse, since PI reveals neglect / abandonment (63,3%), PG the psychological abuse (83,3%) and PS the physical aggression (96,7%). All groups considered as more evident signals / indicators the psychological / emotional (PI-76,7%, PG-86,7%, PS-90%). Regarding prevention, PI (36,7%) believe that it is needed more assistance and support, while PS (70%) and PG (60%) refers the need for more education / training. Both PI and PS consider that most technicians are able to identify (PI-46,7% PS-63,3%), prevent (PI-43,3% PS-43,3%) and intervene (PI-60% PS-56,7%) in the mistreatment. However, most of PG believes that technicians are not able to prevent (PG-53,3%). PI also considers that any professional (26,7%) could be a potential aggressor, while PG (36,7%) and PS (43,3%) refer medical auxiliaries as the profession most likely to be aggressor.

This study reinforces the importance of creating network structures between Health, Social Services and the Authorities to allow a more effective response, as well as a higher education qualification not only of professionals, as well as the general population and older people themselves.

Introdução

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Psicogerontologia, focalizando-se nos maus-tratos ao idoso. Actualmente, “muitos técnicos de saúde e forenses, bem como a opinião pública em geral, parecem estar mais conscientes do que nunca do fenómeno dos maus-tratos na infância, bem como da violência conjugal. De forma significativamente menos consciente está o problema dos maus-tratos e negligência exercidos contra pessoas idosas por parte dos seus cuidadores” (Ferreira-Alves, s.d.). Segundo Oliveira (2008), «os maus-tratos aos idosos assemelham-se aos perpetrados sobre as crianças, dada a fragilidade e dependência de ambas as idades» (p.97).

Tendo em conta as transformações demográficas, especialmente as mudanças dos padrões de distribuição das idades, «o aumento do número de idosos levanta inúmeros desafios à sociedade contemporânea e novos problemas sociais, dos quais o mau-trato é apenas um de muitos que, entre nós, parece ainda não ter sido reconhecido como tal» (Ferreira-Alves, 2005, p. 1).

Em Portugal, segundo dados da APAV (2008), é possível observar que de 2006 a 2007 se verificou um aumento de 20,4% do total de pessoas idosas vítimas de crime, ou seja, de 545 vítimas registadas em 2006, passou-se a 656 em 2007. Entre 2000 e 2007, a APAV recebeu 3459 pessoas idosas vítimas de crime. Entre 2000 e 2009 verificou-se um aumento percentual muito significativo de cerca de 120% (APAV, 2010).

Devido a esta tendência crescente, e na ausência de estudos do género em Portugal, torna-se necessário identificar as principais percepções sobre os maus-tratos a idosos para se poder compreender de forma sustentada este fenómeno e, posteriormente, se poder intervir de forma mais eficaz, desenvolvendo concretamente programas de prevenção e informação/educação.

Sendo assim, este trabalho, procura definir e compreender o que são os maus-tratos nos idosos e quais as implicações nas suas várias dimensões, na óptica da população desta faixa etária, de profissionais de saúde que podem contactar com esta problemática no âmbito da prática profissional e, ainda na “população em geral”, procurando contribuir para a resposta ao repto de Dias (2005) de que é urgente promover o envelhecimento satisfatório e activo da nossa população.

1. Estado da Arte

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento deriva do latim *veclus, vetulusm* – velho, cujo sufixo *mento* designa acção, significando literalmente um produto resultante da acção de envelhecer. Segundo Johnson (2002), o envelhecimento refere-se ao processo amplo e complexo que ocorre desde o nascimento até à morte, podendo ser encarado em termos individuais (velhice) e colectivos (envelhecimento demográfico).

Diversos são os autores que já se debruçaram sobre esta temática. Envelhecer é de acordo com Birren e Conningham (1985, citado por Costa, 2002), «o processo segundo o qual o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Deste processo resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte» (p. 37). Já segundo Paillat (1986), citado por Costa (2002) é «um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que pode justificar a tendência para denominar os idosos como grupo heterogéneo» (p. 37).

Do ponto de vista científico, os autores definem de modo diferente o que se entende por envelhecimento, mas, em geral, referem-se a um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo (Oliveira, 2008).

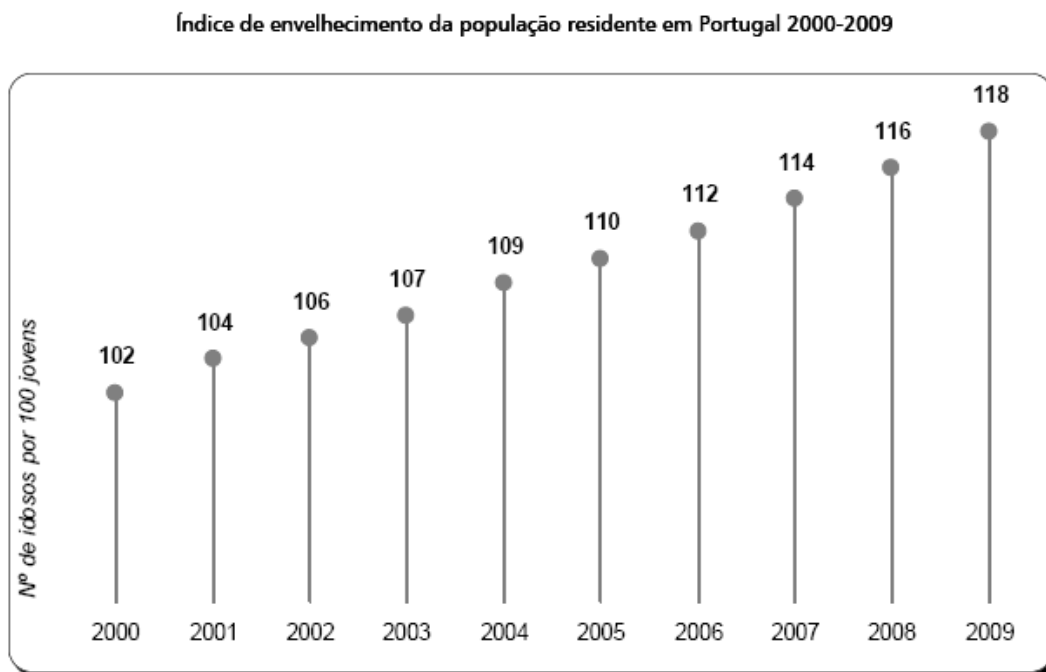
Assim, para Martins (2004), entender o processo de envelhecimento é compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais e pessoais, isto é, sobretudo a Pessoa como alvo dominante.

1.1.1. Dados demográficos

O crescimento da população idosa é um fenómeno praticamente mundial. Todavia, as estruturas etárias dos países desenvolvidos e dos que se encontram em vias de desenvolvimento não assume a mesma configuração (Dias, 2005).

Em Portugal, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa (≥ 65 anos). Assim, a proporção da população idosa, que

representava 8% do total da população em 1960, aumentou para 16,4% em 2001 e o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e população jovem) registou um acréscimo de 27,3 para 102,2 no período referido. Ou seja, segundo estes dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2002, actualmente existem mais idosos do que crianças (Fonseca, 2006). Esta tendência tem-se mantido (figura 1), sendo que as estatísticas de 2009 do INE apontam para 17,9% de população idosa residente em Portugal, havendo 118 idosos por cada 100 jovens (102 no ano 2000). A taxa de crescimento natural tem vindo a apresentar valores negativos (INE, 2008), o que associado ao declínio da fecundidade e ao aumento da longevidade tem conduzido ao referido envelhecimento demográfico.



Fonte: INE, 2009

Assim, as sociedades europeias confrontam-se com inúmeros desafios suscitados pelo envelhecimento populacional, e Portugal não é excepção. O declínio da população activa, o envelhecimento da mão-de-obra, a pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, a necessidade de redes formais e informais de prestação de cuidados e serviços aos idosos e seus cuidadores, a par dos maus-tratos que lhes podem ser infligidos em contexto familiar e institucional são alguns dos problemas com que se deparam vários países europeus (Dias, 2005). Estes indicadores pretendem dar conta do “problema demográfico” suscitado pelo envelhecimento da população em Portugal, alertando-se quer para o declínio do número potencial de prestadores de

cuidados à população idosa, quer para o risco de ser maior a probabilidade de ocorrência de situações de dependência no futuro (Dias, 2005).

1.1.2. Ser idoso

A velhice tem sido um tema de interesse desde a antiguidade clássica, tendo havido numerosos filósofos que se debruçaram sobre esta temática. Antes de Platão, o tratamento filosófico dado à velhice apresentava a propensão para ser predominantemente pessimista, na medida em que a observação dos seus efeitos negativos não era acompanhada pela exortação em viver esse período da melhor forma possível (Viegas & Gomes, 2007). Mas Cícero, aos 61 anos de idade, no seu ensaio “*Senectude*”, «refuta os pontos de vista correntes contra a velhice (ausência de prazeres físicos ou o abuso dos velhos pela família, por exemplo), juntamente com a ideia moral, de acordo com a qual, a forma como se vive na e a velhice depende mais do carácter e do comportamento de cada um, do que circunstâncias externas» (Powell, 1988, pp. 24-25). Expressa vários aspectos da velhice, talvez porque esta remete para a essência do ser humano, para a sua fragilidade e resistência, a sua inerente temporalidade e o desejo de permanência e também pela necessidade de encontrar um novo sentido para a sua vida, quando as inquietudes e valores de momentos vitais anteriores já não seriam tão úteis (Triadó & Villar, 2006).

A investigação sobre a problemática da velhice tem-se revelado cada vez mais pertinente no contexto das sociedades euro-americanas, na medida em que estas apresentam significativas dinâmicas de envelhecimento populacional. Em face deste cenário, a proliferação dos estudos, sobretudo de cariz sociológico, tende a questionar directamente o impacto do modelo de modernização na modulação das concepções vigentes sobre envelhecimento e velhice (Viegas & Gomes, 2007).

Um dos pontos-chave da teoria da modernização, no que concerne à velhice, é a de que o papel e o estatuto dos idosos foram sofrendo um processo de deterioração, que, em conjunto, ajudam a compreender o surgimento de uma imagem negativa sobre o envelhecimento e a velhice (Fortes, 1984; Schuichi, 1995; Fernandes, 1997). Destes processos destaca-se a desmistificação das imagens do idoso como guardião da sabedoria ancestral, a secundarização dos mais velhos como consequência da reorganização das relações estruturais de poder na sociedade, da modificação dos modelos de família e do reforço dos valores do individualismo, do declínio das funções parentais na velhice (Foner, 1984) e da emergência de características atribuídas aos idosos que podem ser

considerados estereótipos sociais ou preconceitos – o idoso como ineficiência, inutilidade e senilidade; a dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares; atitudes infantis ou infantilizadas; crise de identidade; complexos diversos associados à diminuição da libido e ao exercício da sexualidade; diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória, entre outras (Richard & Mateev-Dirkx, 2004).

Ou seja, enquanto há décadas atrás, a velhice era encarada como uma fase de saber acumulado, de transmissão de sabedoria de geração em geração, em que também os cuidados aos idosos eram prestados no seio familiar, na sociedade actual, o isolamento dos idosos é crescente e cada vez mais institucionalizado, passando a velhice a ser encarada como uma doença social.

Com efeito, as representações sociais, relacionadas com os idosos e com as suas capacidades, conduzem a atitudes discriminatórias que estão essencialmente ligadas a ideias pré concebidas de que mesmo na ausência de doença, existe uma incapacidade de adaptação e de desenvolvimento ao meio que os rodeia contribuindo para a ideia estigmatizante da irreversibilidade acerca da vulnerabilidade/dependência do idoso.

1.1.3. Vulnerabilidade do idoso

Conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e a população por meio de processos educativos e transformações sociais, e essas transformações devem ter alicerces nas relações intersectoriais e na acção comunicativa entre os sujeitos sociais. É importante, além de trabalharmos com a prevenção e reabilitação, pensarmos na promoção da saúde da população de forma resolutiva e integral (Paz, Santos & Eidt, 2006).

Existe uma forte tendência para associar a palavra “idoso” a noções de dependência física e social. Relaciona-se frequentemente o idoso com a ocorrência de múltiplos problemas de saúde, com maior probabilidade de apresentar limitações físicas ao longo dos anos, comprometendo a sua autonomia e funcionalidade.

De acordo com a actual valorização social, ser-se idoso tem-se tornado também, pouco a pouco, sinónimo de “incómodo para a família”, que tem de lidar permanentemente com o idoso e com as suas características. Para a sociedade, este constitui um fardo pesado, pois tem que disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo (Bize & Vallier, 1985).

Segundo Martins (2004), ao reformar-se, o trabalhador é colocado na última fase da vida: a eufemisticamente denominada “terceira idade”, e inicia um processo em que a velhice está perfeitamente identificada com uma idade de vida. Passou da velhice invisível a uma velhice socialmente identificada e a passagem à reforma ritualiza a entrada nesta última etapa da vida.

Desse modo, parte de um contingente de idosos apresenta taxas elevadas de vulnerabilidade e dependência, pois tendo essa etapa como o estágio final da vida, é associado à retirada da actividade económica, taxas crescentes de morbilidade, principalmente por doenças crónicas e por perda da autonomia.

A vulnerabilidade individual (Ayres, 2003) refere-se ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre determinado problema, à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las no seu quotidiano, ao interesse e às possibilidades efectivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protectoras. Portanto, vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, a expõe ou não à aquisição de um agravamento de saúde.

Para este mesmo autor, a vulnerabilidade social é atribuída ao modo de obtenção de informações, como acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas, bem como todos os aspectos referentes à estrutura, à organização e à dinâmica familiar.

Finalmente, e não menos importante, refere-se à vulnerabilidade programática reportando-se aos recursos sociais de que as pessoas necessitam para não se exporem a situações de risco e se protegerem dos danos, que sejam disponibilizados de modo efectivo e democrático. Ou seja, refere-se ao grau de alerta e preocupação com o problema, quanto ao modo que se organiza para enfrentá-lo (planeamento, recursos, capacidade, gerência e avaliação), que impede ou limita a intervenção.

Portanto, a vulnerabilidade da pessoa idosa não pode ser vista de forma única em cada plano, mas como uma vulnerabilidade constituída por esses três planos, que necessita de ser conhecida e estudada, em grupos de indivíduos e/ou de problemas.

Como tal, seguidamente será abordada mais pormenorizadamente a problemática dos maus-tratos a idosos, no sentido de perceber mais adequadamente a sua vulnerabilidade aos mesmos.

1.1.4. Maus-Tratos a Idosos

A violência entre pessoas e grupos tem estado sempre presente na história da humanidade, mas apenas a partir do seu vertiginoso crescimento nas últimas décadas e as decorrentes consequências, passou a constituir um novo desafio para a sociedade contemporânea.

Dada a sua complexidade, é extremamente difícil encontrar uma definição de maus-tratos a pessoas idosas que seja aceite por todos e que contenha todos os elementos que permitam identificar a ocorrência de vitimação. São múltiplos os conceitos utilizados neste âmbito, como, maus-tratos, abuso, negligência, abandono, violência. Cada termo pode ter diferentes significados dependendo do autor, do enquadramento teórico e do contexto em que é aplicado. Segundo a Declaração de Toronto (2002), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos nos idosos como «acção única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angustia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança». Lafarge (2006) acresce a esta definição alguns aspectos pertinentes: o dano causado pode ser intencional ou não, pode ocorrer em meio familiar, comunitário ou institucional, mas vulnerabiliza ou põe em risco a integridade física e psicológica, assim como o princípio da autonomia e o resto dos direitos do indivíduo. De facto, os maus-tratos são acções ou omissões que desrespeitam direitos fundamentais da pessoa. Sendo elevada a probabilidade de consequências emocionais e psicológicas muito graves a curto, médio e longo prazo.

São sempre praticados por pessoas que estão numa posição de autoridade ou confiança, o que acentua o seu desvalor e a gravidade dos efeitos.

Quando os maus tratos são intencionais, são especialmente censuráveis, nomeadamente os que implicam ofensas físicas, psicológicas, sexuais, ou prejuízos patrimoniais. Mas os maus tratos cometidos sem intenção de fazer mal, por ignorância, incompreensão ou insensibilidade, como, por exemplo, não facilitar o convívio do idoso com a família ou pessoas para ele significativas, não dar a atenção devida aos seus gostos, anseios, sofrimentos, medos, frustrações, descuidar aspectos da intimidade e da sensibilidade do idoso, da sua higiene e conforto, são também inaceitáveis, pela inconsideração de direitos e necessidades fundamentais da pessoa que implicam e pelas consequências nefastas que podem determinar.

É importante ressaltar, no entanto, que os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A

forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

1.1.4.1. Teorias sobre a prática de Maus-tratos a idosos

Não existe um consenso sobre as explicações teóricas acerca da prática dos maus-tratos (Penhale & Kingston, 1997). Neste sentido serão apresentadas algumas das teorias mais relevantes: (1) Modelo de stress ocupacional; (2) Modelo patológico; (3) Modelo da troca (interacção) social; (4) Teoria do interaccionismo simbólico; (5) Perspectivas teóricas da economia crítica e política do envelhecimento; (6) Teoria das exigências excessivas (ou do stress interno ou do “cuidador esgotado”); (7) Transmissão inter-generacional da violência; e (8) Modelo ecológico.

Modelo do stress situacional: primeira teoria, essencialmente associada aos maus-tratos infantis e menos com as outras formas de violência intrafamiliar (Phillips, 1986), que assenta na ideia básica de que o aumento do stress é o provável responsável pelos maus-tratos, associado a certos factores situacionais e/ou estruturais, aumentando a probabilidade de que se pratique os maus-tratos também a pessoas idosas, percebidos como fonte de stress. As variantes situacionais que estavam associadas aos maus-tratos a pessoas idosas incluem factores: a) *relacionados com a própria pessoa idosa*, como a dependência emocional e física, a doença, o estado mental deteriorado e a personalidade “difícil” (Phillips, 1986); b) *estruturais*: como as tensões económicas, o isolamento social e os problemas ambientais (Block & Sinnott, 1979; Phillips, 1986); c) *relacionados com o cuidador*: as crises vitais, o *burnout*, a sobrecarga ou o esgotamento devido à duração dos cuidados prestados, o abuso de substâncias e as experiências prévias com violência (Block & Sinnott, 1979; Phillips, 1986).

Modelo patológico: centra-se em certas características presentes no responsável pelos maus-tratos (agressor), por exemplo, problemas psiquiátricos e problemas de abuso de drogas e álcool (Adelman, Siddiqui & Foldi, 1998).

Modelo da troca (interacção) social: baseia-se na ideia de que uma interacção social inclui a troca de recompensas e castigos entre pelo menos duas pessoas. Todos os indivíduos implicados nesta interacção procuram maximizar as recompensas e minimizar os castigos, para que as interacções sociais se mantenham sempre e que os benefícios sejam maiores que os custos e o nível de satisfação com a relação seja mais alto que o nível de comparação com as alternativas (Phillips, 1986; Schiamberg & Gans, 2000).

Teoria do interaccionismo simbólico: assume que a interacção social é um processo entre pelo menos dois indivíduos e que: ocorre ao longo do tempo; consiste em fases identificáveis recorrentes, interrelacionadas e sequenciais, de modo flexível; e requer negociação e renegociação constante para estabelecer um consenso sobre o significado simbólico do encontro. As fases da interacção social incluem o processo cognitivo, a improvisação, a atribuição e a consolidação de papéis, a reciprocidade e a compatibilidade, e quando se produz um desfaseamento em alguma delas surge a possibilidade de conflito e a finalização da interacção (Decalmer & Glendenning, 1993). Neste contexto, os maus-tratos a idosos podem ser conceptualizados como uma representação inadequada ou inapropriada desse papel.

Perspectivas teóricas da economia crítica e política do envelhecimento: contrariam o impacto da sociedade nas vidas dos idosos, marginalizados dentro das mesmas, da família e fora dela e assinalam que muitos dos problemas dos idosos não são consequência dos processos biológicos e naturais do próprio processo de envelhecimento, mas que reflectem as desigualdades sociais que limitam os seus papéis e recursos. Para esta perspectiva, o mau-trato surge devido à marginalização dos idosos pela sociedade (Papadopoulos & La Fontaine, 2000).

Teoria das exigências excessivas (ou do stress interno ou do “cuidador esgotado”): propõe que o stress de cuidar de um idoso aumenta o risco do cuidador se comportar de forma abusiva (Henderson, Buchanan & Fisher, 2002). Se alguns críticos afirmam que esta teoria retira responsabilidade ao possível responsável pelo mau-trato (Pillemer & Finkelhor, 1989; Tomita, 1990), outros afirmam que o excesso de stress que ocorre entre os cuidadores e, portanto, os esforços para a prevenção devem centrar-se no seu alívio para beneficiar a possível vítima.

Transmissão inter-generacional da violência: evidencia a importância da “violência aprendida” e a transmissão inter-generacional da violência dentro das famílias (Ansello, 1996; Quinn & Tomita, 1997; Gordon & Brill, 2001). Esta teoria supõe que o comportamento violento é um método aprendido como meio para expressar a ira e a frustração (Wolf & Pillemer, 1989).

Modelo ecológico: proporciona uma interpretação das relações inter-generacionais entre o filho (cuidador) e o pai idoso ao longo do curso de vida como base para o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos e respectivas famílias numa sociedade envelhecida (Schiamberg & Gans, 2000).

1.1.4.2. Tipos de Maus-tratos em Idosos

Após revisão bibliográfica é importante referir que tal como nas teorias, tanto as definições como as tipologias de maus-tratos variam na literatura (Payne, Berg & Byars et al., 1999), tendo em consideração a dificuldade em discernir dados objectivos de dados subjectivos, dadas as diferenças culturais, entre outras razões, sendo que poderão então classificar-se em vários tipos (Hirsch, Stratton & Loewy, 1999; Minayo, 2004; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006), nomeadamente:

Físicos: Uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade permanente ou temporária. Inclui, golpes, queimaduras, alimentação forçada, utilização injustificada de restrições físicas, uso inapropriado de fármacos, fracturas, etc.

Psicológicos ou emocionais: que causam intencionalmente angústia, pena, sentimentos de indignidade, medo ou stress mediante actos verbais ou não verbais, com o objectivo de aterrorizar os idosos, os humilhar, restringir a sua liberdade ou isolá-los do convívio social. Inclui as ameaças (de dano físico, de institucionalização, etc.), manipulação, humilhações, chantagem afectiva, desprezo ou privação do poder de decisão, negação do afecto, isolamento e marginalização.

Sexuais: que contemplam comportamentos (gestos, insinuações, exibicionismo, etc.) ou contacto sexual de qualquer tipo (homo ou heterorrelacional), tentativa ou efectivado, não consentido ou com pessoas incapazes de dar consentimento. Inclui, relação sexual forçada (fisicamente ou por ameaça), exigência actos sexuais não apreciados, exigência carícias forçadas, toques inadequados, pornografia (vivência e exposição), assédio verbal com natureza sexual explícita ou implícita, atentado contra o pudor, nudez forçada.

Exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades e bens. Inclui, falsificação assinatura, desvio de fundos, modificação manipulada de testamento ou documento jurídico, fraudes várias, furtos, roubos por pessoas de confiança.

Negligência e abandono: deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados. Claudicação total resultante de negligência (intencional ou não).

Auto-abandono ou auto-negligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. Exclui situações nas quais uma pessoa mentalmente capaz (que compreende as consequências) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em actos que ameaçam a sua saúde ou segurança. Inclui aplicação a uma gama muito vasta de comportamentos de

negligência e não apenas em situações de ausência de recursos ou capacidades para levar a cabo devidamente as actividades necessárias para assegurar o seu bem-estar.

Obstinação diagnóstica: que se prende com a realização de exames de diagnóstico para aumentar o conhecimento sobre a patologia ou situação clínica de um paciente, sem que se perceba os seus benefícios.

Obstinação terapêutica: utilização meios desproporcionados para prolongar artificialmente a vida biológica de um paciente com doença terminal. Vulnerabilidade de direitos (Lafarga, 2006), que consiste na limitação ao acesso a direitos elementares que não estão directamente contempladas nas outras tipologias, que inclui, dignidade e respeito enquanto cidadão, intimidade e confidencialidade, participação, liberdade de escolha, ausência de discriminação, persistência médica e à terapêutica.

De acordo com o National Elder Abuse Incidence Study (1998, cit. por Ferreira-Alves, 2005), a negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos (48,7%), seguida do abuso emocional/psicológico (35,5%), abuso financeiro ou material (30,2%) e o abuso físico (25,6%). Já num estudo desenvolvido numa instituição geriátrica norte-americana, Vida, Monks e Rosiers (2002) o abuso financeiro foi o mais extenso com 13%, seguido da negligência (6%) e do abuso múltiplo de (6%), do abuso emocional (4%) e do abuso físico (2%). Neste estudo, os filhos são os principais perpetradores com 47,3% de incidentes relatados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,6%). Em quase 90% de incidentes de abuso e negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes, 2/3 são filhos ou cônjuges.

Segundo Marmolejo (2008), foram realizadas muito poucas investigações a nível mundial sobre a incidência dos maus-tratos intrafamiliares a pessoas idosas. Esta autora resume na tabela seguinte as percentagens encontradas para cada tipo de mau-trato em cada um dos estudos:

	Maus-tratos físicos	Maus-tratos psicológicos	Negligência	Abuso económico
Austrália (Kurrle, Sadler & Cameron, 1992)	2.1	2.5	1.4	1.1
Canadá (Podnieks et al., 1989)	0.5	1.4	0.4	2.5
China (Tang & Yan, 2001)	2	20.8	---	---
Estados Unidos (Pillemer & Finkelhor, 1988)	2	1.1	0.4	---
Israel (Elsikovits, Winterstein & Lowenstey, 2004)	2	8	18	6.6
Reino Unido (O'Keefe et al., 2007)	0.4	0.4	1.1	0.7

Tabela 1 – Comparação das taxas de cada tipo de maus-tratos, segundo o país; Fonte: Maltrato de personas mayores en la familia en España (Marmolejo, 2008).

1.1.4.3. Factores de Risco de Maus-tratos em Idosos

Os factores de risco para a violência, em particular, são variáveis que colocam o sujeito numa posição de vulnerabilidade face a condutas e atitudes violentas. Neste sentido, é necessário conhecer as características das pessoas idosas que as possam colocar numa situação de especial risco, de serem vítimas de maus-tratos. Não obstante, a perspectiva actual é que o facto de uma pessoa se encontrar em risco de sofrer maus-tratos deve-se sobretudo às características do agressor (Bazo, 1991), especialmente quando este apresenta certas patologias e dependência psicológica que o agressor mantém com a vítima (Pillemer, 1993).

Para uma mais fácil compreensão, após revisão bibliográfica e respectiva análise, os factores de risco relativos à violência contra a população idosa foram divididos em três tipos, nomeadamente os que dizem respeito à vítima, ao agressor e à própria incidência sócio-cultural.

1.1.4.3.1 Factores de risco da vítima

Sexo: a grande maioria dos estudos aponta para uma maior percentagem de vítimas do sexo feminino (Cooney & Mortimer, 1995; González e colaboradores, 2005; Wolf, 1997), representando cerca de 66% dos casos. Também são as mulheres que sofrem os casos mais graves de maus-tratos tanto físico como psicológico (Pillemer & Finkelhor, 1988).

Isolamento social: os idosos vítimas de maus-tratos têm menos contactos sociais (Lachs et al., 1994; Compton, Flanagan & Gregg, 1997; Wolf & Pillemer, 1989; Grafstrom et al., 1993; Phillips, 1983). Para além disso, é muito comum que a vítima conviva unicamente com o agressor e que em muitos casos é o único cuidador (Pillemer, 2005). A percentagem de vítimas que vivem nesta situação varia entre os 52 e os 72%.

Dependência: ainda que não seja consensual, vários estudos encontraram maior prevalência de deficiências físicas ou cognitivas nos idosos vítimas de maus-tratos (Davidson, 1979; Steinmetz, 1988; Lachs et al, 1997; Wolf & Pillemer, 1989). Assim, por exemplo, encontrou-se uma percentagem de maus-tratos superior à média entre as vítimas que apresentam demência de Alzheimer (Homer & Gilleard, 1990).

Depressão: vários estudos sugerem que a depressão, as ideias suicidas e os sentimentos de infelicidade, vergonha ou culpabilidade são comuns entre as vítimas (Bonnie & Wallace, 2003; Muñoz, 2004). Não obstante, no caso de depressão e de isolamento social, existe um problema

comum: a dificuldade em discernir se são o resultado de uma situação de maus-tratos ou se as pessoas idosas com estes problemas são mais susceptíveis de ser maltratadas.

1.1.4.3.2. Factores de risco do agressor

Sexo: vários estudos apontam para diferenças relativamente ao género do agressor, no que concerne à tipologia de maus-tratos. Os estudos sugerem que as mulheres são responsáveis especialmente por casos de negligência, enquanto os homens são responsáveis pelos maus-tratos mais extremos, como os maus-tratos físicos e o abuso sexual (Sonkin, Martin & Walker, 1995; Muñoz, 2004; Iborra, 2005).

Isolamento social: tal como ocorre com as vítimas, certos investigadores indicam que os agressores têm problemas ao nível dos relacionamentos sociais, estão mais isolados e carecem de apoio social (Cooney & Mortimer, 1995; González et al., 2005; Grafstrom et al, 1993; Muñoz, 2004).

Dependência económica: em muitos casos, o convívio entre as gerações é imposto pelo empobrecimento da população, em que os agressores são economicamente dependentes da vítima para o seu alojamento, manutenção, transporte e outros gastos (Anetzberger, 1987; Cooney & Mortimer, 1995; González et al., 2005; Greenberg, McKibben & Raymond, 1990; Hwalek, Sengstock & Lawrence, 1984; Muñoz, 2004; Pillemer, 1986; Wolf & Pillemer, 1989; Wolf, Strugnell & Godkin, 1982). Souza, Figueiredo e Cerqueira (2004), por exemplo, observaram que 94% dos familiares cuidadores dependiam dos rendimentos do idoso. Esse facto corrobora o depoimento de várias assistentes sociais ouvidas durante a pesquisa, que apontam à questão financeira como motivação última para a violência contra os idosos. Esta informação parece contraditória, quando se defende que os idosos são maltratados, porque são vulneráveis e dependem dos cuidados dos outros. Assim, o que se observa em muitos destes casos é uma forte interdependência emocional vítima-agressor (Lachs & Pillemer, 1995).

Psicopatologia: a maioria dos estudos demonstram que os agressores de idosos apresentam mais problemas psicológicos e de abuso de substâncias comparativamente aos cuidadores que não apresentam condutas abusivas (Cooney & Mortimer, 1995; González et al, 2005; Lachs & Pillemer, 1995; Muñoz, 2004; Pillemer, 2005; Wolf & Pillemer, 1989), sendo a depressão o transtorno psicopatológico mais frequente (Paveza et al, 1992; Coyne, Reichman, & Berbig, 1993; Homer & Gilleard, 1990; Williamson & Shaffer, 2001; Pillemer, 2005).

A grande maioria dos investigadores demonstrou uma forte presença de abuso de substâncias tóxicas entre os agressores, estando associadas, em concreto, com situações de abuso continuado e severo (Bristowe & Collins, 1989; Homer & Guilleard, 1990; Wolf & Pillemer, 1989; Greenberg, McKibben & Raymond, 1990; Anetzberger, Korbin & Austin, 1994). Assim sendo, é mais comum entre os agressores que maltratam fisicamente (7 em cada 9) comparativamente aos que cometem negligência (1 em cada 9) (Reay e Browne, 2001).

Relação com a vítima: neste aspecto, os estudos são pouco congruentes. Algumas investigações realizadas no Reino Unido e nos Estados Unidos sugerem uma maior percentagem de filhos entre os agressores (38-53%), enquanto nos estudos realizados no Canadá, é o conjugue da vítima quem agride na maioria dos casos (42-48%) (Pillemer & Finkelhor, 1988). O que certamente parece claro é que o conjugue e os filhos são os responsáveis por quase todas as agressões (Cooney e Mortimer, 1995; González et al, 2005). Também em Portugal, segundo dados da APAV (2010), as relações familiares foram as que mais se destacaram, com especial incidência para os cônjuges/companheiros (33,2% para o total dos anos) e para os filhos (30% para o total dos anos). Fora das relações familiares, foram os vizinhos das vítimas que se apresentaram como os principais autores de crime (4,3%).

Stress: existe evidência empírica de que o stress e o chamado Síndrome de *burnout* predizem com maior claridade a presença de maus-tratos a idosos do que medidas objectivas, tais como as variáveis demográficas ou o número de tarefas que o cuidador deve desempenhar (Coyne & Reichman, 1993). Cuidar de um familiar idoso pode ser uma fonte importante de stress para as famílias. Além do mais, existe uma série de factores que podem agravar esta situação, como a escassa informação sobre o processo de envelhecimento, a falta de habilidades de cuidado e recursos de apoio inadequados. Outra questão que aumenta a sensação de sobrecarga dos cuidadores é a dependência (física ou psíquica) do idoso.

1.1.4.3.3. Factores de risco sócio-culturais

Para além das características próprias da vítima e do agressor, existe uma série de factores que podem contribuir para a presença de maus-tratos aos idosos. A existência de uma cultura de violência na sociedade, a violência inter-geracional dentro da família, atitudes e tradições culturais tais como o idadismo.

Existência de uma cultura violenta: a tolerância da violência por parte da sociedade em geral está presente em temáticas tão díspares como nos jogos para crianças, nos filmes e nos programas de televisão, nos desportos ou na forma como os países resolvem os seus conflitos. Esta aceitação ou normalização da violência faz com que esta se impregne nas nossas actividades diárias, o que pode estar a contribuir para o aparecimento dos maus-tratos (Muñoz, 2004).

Violência inter-geracional dentro da família: em algumas famílias, a violência é um padrão de comportamento habitual. Nelas, as pessoas aprendem a ser violentas, tanto por observação, como por terem sido elas mesmas vítimas de algum tipo de maus-tratos. Aqueles membros da família que tenham aprendido a actuar de forma violenta para alcançar os seus objectivos podem reproduzir este mesmo padrão de comportamento nas suas próprias casas. Segundo Muñoz (2004), entre cônjuges, uma história de violência pode predizer abusos posteriores. Contudo, os poucos estudos que tentaram confirmar a transmissão inter-geracional da violência nos casos de maus-tratos a idosos não obtiveram resultados concludentes (Wolf & Pillemer, 1989).

Idadismo (ageism): as atitudes e estereótipos negativos para com os idosos fazem com que, de certa forma, sejam desumanizados. Os estudos mostram que estes estereótipos negativos sobre a velhice estão presentes tanto na população jovem como nos próprios idosos. Entre estas ideias encontra-se, por exemplo, a de que os idosos perdem poder e controlo sobre as suas vidas à medida que envelhecem, bem como a percepção dos mesmos como frágeis, débeis e dependentes (Instituto de Migraciones e Servicios Sociales, 2002). Tudo isto faz com que outras pessoas abusem sem qualquer sentimento de culpabilidade ou remorso, e que sejam vistos como um alvo perfeito para a exploração (Bytheway, 1994).

1.2. Indicadores, Sinais e Sintomas de Maus-tratos a Idosos

Para Magalhães (2002), consideram-se como indicadores de alarme os Sinais, que representam uma alteração orgânica objectiva e/ou mensurável por exames clínicos ou exames complementares de diagnóstico que podem resultar de lesão no corpo, e os Sintomas, que são uma alteração subjectiva do estado de saúde (queixas ou manifestações espontâneas de mal estar físico ou psíquico), sendo que alguns podem ser objectivados de forma indirecta.

Assim, para Hirsch & Loewy (2001) existem indícios gerais, sinais físicos suspeitos, indícios do cuidador e da vítima que apontam para a possibilidade de ocorrência de maus-tratos a idosos.

Os primeiros referem-se a quando um cuidador de um idoso com défices cognitivos falta a um encontro marcado ou quando não visita o paciente no hospital; quando há relutância em responder a perguntas acerca de uma descoberta física suspeita ou de doença; quando são dadas explicações vagas ou não plausíveis pelo cuidador ou pelo próprio paciente; ou quando se verifica tensão ou indiferença entre o cuidador e o paciente.

Os sinais físicos suspeitos são a existência de múltiplas feridas ou feridas em diferentes estádios de desenvolvimento; feridas ou pisaduras em locais não usuais; feridas com um padrão; evidência de ferimentos antigos não documentados previamente; nariz ou dentes partidos; evidência radiográfica de fracturas antigas desalinhas; níveis sub-terapêuticos de drogas; e paciente sem óculos, dentadura ou auxiliar auditivo.

Também se deverá suspeitar quando o cuidador tem reduzido conhecimento dos problemas médicos do paciente, quando apresenta excessiva preocupação com os custos, quando tenta dominar a entrevista médica ou apresenta abuso verbal ou hostilidade para com o idoso durante a mesma, ou quando há evidência de abuso de substâncias ou de problemas de saúde mental.

Dever-se-á prestar atenção à vítima quando esta apresenta timidez para com o cuidador ou relutância no contacto ocular, quando se verifica um diagnóstico de demência com história de problemas de comportamento, depressão, ansiedade ou insónia.

Levine (2003) acrescenta ainda como indicadores de maus-tratos passíveis de serem detectados pelos profissionais de saúde, os seguintes: higiene oral e higiene pessoal precárias; perda de peso, desidratação, desnutrição; exames auxiliares de diagnóstico não congruentes com a história relatada; fraca adesão ou resposta à terapêutica instituída; quedas frequentes; recorrência frequente aos serviços de urgência por motivos diversos; demora na procura de cuidados de saúde em situações agudas; recusa do cuidador em deixar o idoso sozinho com o profissional de saúde.

Ferreira-Alves (2004) compilou os sinais e sintomas de abuso, da seguinte forma:

a) *Físicos*: feridas, olhos negros, vergão, lacerações, marcas de cordas, feridas abertas, cortes, suturas, feridas não tratadas em vários estádios de recuperação, entorses, deslocamentos ou feridas/hemorragias internas, óculos partidos, sinais de ter sido reprimido, descobertas laboratoriais de overdose de medicação ou subutilização de medicamentos prescritos, o relato de uma pessoa idosa de ter sido batida, esbofeteada, pontapeada ou mal tratada, uma mudança súbita de comportamento da pessoa idosa, a recusa do cuidador em permitir visitas à pessoa idosa.

b) *Material / Financeiro*: mudanças repentinas nas contas bancárias ou nas práticas bancárias; a inclusão de nomes adicionais na conta bancária da pessoa idosa, retirada não autorizada de fundos da pessoa idosa usando cartões bancários, mudança abrupta no testamento ou em outros documentos financeiros, desaparecimento inexplicado de fundos ou valores valiosos, facturas não pagas apesar de haver dinheiro, descoberta de falsificação da assinatura da pessoa idosa, transferência súbita inexplicada de valores para alguém dentro ou fora da família, o relato da pessoa idosa de que sofreu abuso financeiro.

c) *Sexual*: pisaduras à volta dos seios ou das áreas genitais, doença venérea inexplicada ou infecções genitais, sangramento vaginal ou anal inexplicado, roupa interior manchada ou ensanguentada, o relato de uma pessoa idosa de que foi ameaçada ou violada.

d) *Psicológico/Emocional*: emocionalmente aborrecida ou agitada ou extremamente afastada, não comunicativa e não responsiva, comportamento não usual, normalmente atribuído a demência (pe. sugar, bater), relato de uma pessoa idosa ter sido abusada verbal ou emocionalmente.

e) *Abandono*: abandono de uma pessoa idosa no hospital ou num lar ou outra instituição, abandono de uma pessoa idosa num centro comercial ou outro lugar público, o relato de uma pessoa idosa de ter sido abandonada.

f) *Negligência*: desidratação, má nutrição, escaras não tratadas, pouca higiene pessoal, problemas de saúde não vigiados ou não tratados, condições de vida arriscadas ou não seguras (sujidade, roupa de cama suja, cheiro, etc.).

g) *Auto-negligência*: desidratação, má nutrição, escaras não tratadas, pouca higiene pessoal; problemas de saúde não vigiados ou não tratados, condições de vida arriscadas ou não seguras (sujidade, roupa de cama suja, cheiro, etc.), condições de vida sem sanidade, roupa inapropriada, falta de instrumentos de ajuda médica (óculos, instrumentos de audição), alojamento grosseiramente desadequado ou sem alojamento.

1.3. Percepções acerca de maus-tratos a idosos

1.3.1. Conceito de Percepção Social ou Representação Social

São muitas as perspectivas em que é estudada a percepção. Por isso, é definida e operacionalizada em função do que se pretende estudar como percepção.

A consequência do entendimento de percepção como um complexo de duas dimensões é o reconhecimento de que nós não percebemos o mundo pelo simples acto de receber estímulos, mas que formulamos ideias sobre aquilo que percebemos. Ou seja, tudo é mediado pela mente de maneira tal que qualquer percepção da realidade sofre a influência de valores pessoais, de condicionamentos culturais, de concepções e de pré-conceitos. Portanto, a percepção consiste no relacionamento com o mundo e no processo de formulação de decisões a respeito do mesmo (Rodaway, 1994). Nesse sentido é importante destacar que indivíduos em diferentes sociedades valorizam as suas percepções de maneiras diferentes. A cultura tem, portanto, um papel relevante no condicionamento da percepção e dos valores pessoais (Tuan, 1980). Verifica-se, então, que a percepção pode variar entre indivíduos ou grupos dentro de um mesmo sistema cultural, e que como fruto das percepções são geradas decisões e atitudes distintas.

De acordo com Eysenck e Keane (1994), a percepção é o processo através do qual filtramos e analisamos as informações e dessa forma transformamos a realidade concreta (objectiva) em realidade pessoal (subjectiva), envolvendo para isso a mobilização e a operacionalização dos mecanismos cerebrais centrais. Assim, para Kohlsdorf (1999) a percepção não selecciona apenas as informações do ambiente, mas transforma-as de categorias desordenadas em estruturas significantes, construindo um espaço percebido que se preocupa em atender ao referencial topológico e às perspectivas do observador. Ou seja, a realidade concreta (objectiva) transforma-se em realidade pessoal (subjectiva) pela acção dos sistemas da memória, nomeadamente os processos de codificação e armazenamento distorcido das informações obtidas e alertam para não confundir a percepção com a atenção ou com a memória (Paéz & Marques, 2000).

Assim, neste estudo está em causa a percepção enquanto processo, tal como o define Magill (1984), dirigido ao objecto “maus-tratos a idosos”. De acordo com a definição do autor, os sujeitos da amostra projectam a sua percepção, que implica um conhecimento prévio (memória) e uma

opinião (interpretação) no preenchimento das questões apresentadas, acerca do objecto “Maus-tratos a idosos”.

Nesse sentido, alguns estudos têm procurado identificar as percepções de grupos ou indivíduos sobre maus-tratos a idosos, a fim de contribuir para o desenvolvimento de propostas que visem efectivamente à sua prevenção e intervenção, sendo essencial que se considere a diversidade de olhares que se pode ter sobre a temática.

1.3.2. Estudos realizados sobre a percepção acerca dos maus-tratos a idosos

As primeiras investigações acerca da existência de abuso e maus-tratos em idosos, segundo Quinn e Tomita (1986), foram realizadas nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Austrália, enfrentando dificuldades de constatação, pelos constrangimentos que geram, tanto nas casas dos idosos como nas instituições de abrigo.

Uma série de pesquisas sobre “a percepção do que são os maus-tratos na velhice” foi realizada na América Latina. Inicialmente, a aplicação dos questionários na Argentina incluía perguntas abertas e semi-abertas a serem respondidas por idosos saudáveis na comunidade e de programas voltados para a comunidade. A pesquisa foi replicada em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná), em 1997, e no Chile, em 2000.

Os resultados mostraram que 90% percepcionavam os maus-tratos contra idosos como agressividade, falta de respeito, indiferença e abandono, apontando a prevalência para a esfera micro/intrafamiliar. Somente 10% fizeram referência a questões sociais e aspectos económicos. Esse mesmo estudo foi replicado em quatro cidades do Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo, Uberaba e Curitiba), em 1997, e posteriormente no Chile. Aqui os resultados apontaram uma maior prevalência da percepção de violência como maus-tratos psicológicos, 7,1% como negligência, 6,1% como abusos físicos e 1,6% como abusos económicos. Nos estudos realizados no Brasil, a falta de respeito no relacionamento intergeracional e em relação aos seus direitos de cidadania, foi o aspecto mais apontado, seguido por abuso financeiro, maus-tratos físicos e abandono (Pessini & Barchifontaine, 2006), ou seja, 65% dos idosos consideravam como violência a forma preconceituosa como são tratados pela sociedade em geral, nomeadamente os baixos valores das reformas, o desrespeito nos transportes públicos, a falta de vagas hospitalares, etc. De entre os aspectos micro, ressaltaram apenas o abandono por parte das famílias (Machado & Queiroz, 2002).

Esse perfil da percepção de violência pelos idosos brasileiros foi também encontrado noutra pesquisa realizada no Rio de Janeiro (Machado, Gomes & Xavier, 2001). Os homens declararam como primeiro sintoma de violência os baixos valores dos benefícios da reforma. As mulheres elegeram os maus-tratos sofridos nos meios de transporte como a principal fonte de desrespeito.

Num estudo coordenado pela OMS e pela INPEA, em 2002, a prevalência da violência social/estrutural foi verificada, principalmente, nos países em desenvolvimento pesquisados (Argentina, Áustria, Brasil, Canadá, Índia, Quênia, Líbano e Suécia). Este estudo multicêntrico centrou-se na percepção que os idosos e os profissionais de saúde têm sobre a questão da violência. Os resultados obtidos confirmaram estudos anteriores, apontando a violência estrutural, a negligência e o abandono, o desrespeito, as atitudes preconceituosas e o abuso legal e financeiro.

Mais tarde, em Espanha, Corral, Garcia-Armesto, Pajares, Otero e Ruipérez (2004), num estudo qualitativo referem que os idosos consideram como factores de vulnerabilidade a maus-tratos o desequilíbrio entre o valor da reforma e os custos necessários para assegurarem os cuidados básicos, a desconsideração social, o enfraquecimento do seu vínculo à família, a obrigação da continuidade de apoio aos seus filhos e a intenção de permanecer nos seus próprios domicílios até esgotar todas as possibilidades. Reservam ainda o termo maus-tratos para situações extremas de quebra de direitos. Consideram que estas situações podem ocorrer no âmbito familiar, nomeadamente a violência física, a administração exagerada de fármacos ou a negligência na alimentação. Revelam ainda duas questões que explicam a existência de maus-tratos: a estigmatização do idoso na representação social dos jovens e o contexto social adverso para que os mecanismos familiares tradicionais de atenção aos idosos dependentes funcionem. As formas de maus-tratos identificadas dividem-se em dois grupos: as que ocorrem na esfera íntima (marginalização, destituição familiar, isolamento e ingresso forçado numa instituição, exploração económica dos afectos, abandono por indiferença e incapacidade dos cuidadores informais), e o que se pode denominar de maus-tratos institucionais (deficit de dispositivos sanitários específicos acessíveis, resignação no acompanhamento médico, a rigidez normativa das “instituições totais”).

O estudo brasileiro faz menção ao desconhecimento, por parte dos idosos, dos serviços que desenvolvem acções para garantia dos direitos civis e que actuam na repressão aos crimes cometidos contra eles. Mesmo os relatos dos idosos, que dizem conhecer tais serviços, apontam para o descrédito quanto à capacidade de resolução (Machado, Gomes & Xavier, 2001)

Erlingsson, Saveman e Berg, realizaram em 2005, um estudo com o objectivo de explorar as percepções dos idosos acerca dos maus-tratos a idosos na Suécia. Também tendo por base uma

metodologia qualitativa, através da análise de conteúdo, foram estabelecidos quatro temas: causas dos maus-tratos, concepções acerca dos maus-tratos, consequências dos mesmos e *coping* perante os maus-tratos. As mudanças na sociedade e nas famílias, bem como alguns determinantes individuais foram consideradas como causas dos maus-tratos; a concepção principal foi o roubo e o assalto e a principal consequência, o medo. As principais estratégias de *coping* referidas foram as referentes ao indivíduo e as que preconizam melhorias na sociedade.

Num estudo realizado por Nandlal e Wood (1997), quando aos participantes idosos se perguntou "o que significa abuso para si", as respostas foram variadas e indicaram vários tipos de abuso. Segundo este estudo, as consequências do comportamento abusivo afectam as percepções dos participantes sobre a gravidade do abuso mais do que a frequência do abuso. Isto contraria a imensa discussão na literatura, que sugere que o contexto e a frequência dos comportamentos abusivos são factores para interpretar o comportamento como abusivo ou não (Childs et al, 2000; Hudson & Carlson, 1998; Wolf, 2000).

Em Inglaterra, num estudo de Daskalopoulos, Mullin, Donovan e Suzuki (2006), cinquenta sujeitos (14 homens e 46 mulheres) foram confrontados com exemplos de maus-tratos extremos, moderados e leves. Como exemplos de abusos extremos, a maioria dos participantes mencionou a negligência e agressão física. Várias formas de negligência e violência psicológica foram os exemplos mais comuns de abuso moderado e leve. Dentro destas categorias principais, os subtipos mais frequentemente mencionados pela amostra foram a negligência física, negligência, psicológica, abuso verbal e privação. Mais mulheres do que homens dão exemplos de abusos financeiros e de negligência física. As mulheres também se mostraram mais propensas a descreverem a negligência psicológica como uma forma extrema de abuso e o desrespeito como uma forma de abuso leve. No nível moderado, os homens referem-se ao abuso de poder mais frequentemente do que as mulheres. Foi encontrada uma relação positiva entre a idade e o número de exemplos de negligência física emparelhadas no nível moderado e o número de exemplos de abuso emocional emparelhados no nível leve.

Hudson e Carlson (1998), no sentido de obter maior precisão na clarificação e definição deste conceito, compararam as perspectivas de um grupo do público em geral com os de um grupo de especialistas em relação aos maus-tratos a idosos. Ambos os grupos identificaram factores de abusos físico, psicológico, social e financeiros. As condições relatadas como abusos mais graves remetiam para a força física em ambos os grupos.

É de consenso geral que as equipas de saúde apresentam um papel importante na identificação, na denúncia e na prevenção dos maus-tratos a idosos, particularmente os médicos e os enfermeiros, uma vez que estão em posição privilegiada para os reconhecer. Contudo, pouco ainda se sabe acerca dos conhecimentos e compreensão dos profissionais acerca deste problema (Tonks & Bennett, 1999; Krug et al., 2002). Assim, num estudo recente, desenvolvido na Suécia por Almogue, Weiss, Marcus e Beloosesky (2010) percebeu-se que existia um conhecimento reduzido por parte destes profissionais acerca dos aspectos relacionados com os maus-tratos a idosos e das leis relacionadas, sem diferenças significativas entre profissionais que trabalhassem em hospitais gerais ou geriátricos, nem em termos de anos de experiência profissional, nem mesmo quem apresentava experiência na área geriátrica. Contudo, verificaram altos níveis de conhecimento nos enfermeiros licenciados, quando comparados com aqueles que obtiveram uma formação mais básica.

Helmes e Cuevas (2007), na Austrália, examinaram as percepções acerca dos maus-tratos a idosos entre a população adulta, a população idosa e funcionários de instituições hospitalares, através de um questionário em que se explora a gravidade de vários cenários violentos. Os funcionários tendem a perceber os cenários como menos violentos que os restantes grupos. Dentro do grupo da população idosa, aqueles que cuidam tendem também a ver estes cenários como menos abusivos. Estes autores consideram que se torna evidente a necessidade de se desenvolverem estratégias efectivas de avaliação, no sentido de possibilitar o aumento da consciencialização de toda a população para esta problemática.

Os estudos também têm demonstrado variações em termos das percepções nas diferentes faixas etárias. Childs et al. (2000) constataram que a idade influenciou a percepção de maus-tratos, em que as pessoas de meia-idade e os jovens vêem o abuso de idosos de forma diferente. Embora as pessoas mais jovens e de meia-idade tenham a mesma probabilidade de identificar o abuso físico e seus efeitos nocivos, as pessoas de meia-idade eram mais propensas a reconhecer também o abuso psicológico. Ambos os grupos etários vêem o abuso físico como mais danoso à vítima do que o abuso psicológico. No entanto, os adultos de meia-idade eram mais propensos do que adultos mais jovens a perceber o abuso psicológico como sendo prejudicial para a vítima. Blakely e Dolon (1998) revelaram que os jovens não acreditam que é possível se depararem com casos de maus-tratos e sugeriu que eles são menos propensos a ser receptivos ao seu reconhecimento e a denunciá-los. Além disso, propuseram que os jovens apenas supõem que os idosos permanecem invisíveis devido a múltiplos estereótipos preconceituosos relativamente a eles mesmos.

2. Método

A pesquisa bibliográfica realizada fez denotar que o projecto por nós desenvolvido se reveste de um cariz exploratório, uma vez que a investigação em Portugal acerca das percepções sobre os maus-tratos a idosos é escassa. Estudos com este objectivo têm não só um carácter preventivo, na medida em que após o mesmo se poderão tomar medidas informativas e de educação acerca dos maus-tratos mais direccionadas para as reais necessidades dos idosos, mas também de desenvolvimento da pesquisa nesta área, na medida em que poderá permitir uma base teórica que sustente outras investigações, nomeadamente a criação de escalas de avaliação, de programas de intervenção e de estudos que relacionem os maus-tratos e as perspectivas dos profissionais de saúde e/ou prestadores de cuidados.

O objectivo geral deste trabalho passa por identificar o que três grupos distintos: os idosos (PI), o grupo representativo da população em geral (PG) e os profissionais de saúde (PS) entendem por maus-tratos a idosos. Neste sentido, estabelecemos como objectivos específicos:

- a) caracterizar a amostra e respectivos grupos relativamente à percepção detida sobre os maus-tratos em idosos;
- b) identificar as percepções da amostra e respectivos grupos acerca das tipologias, dos sinais, das causas, dos locais em que estes ocorrem e dos procedimentos de denúncia;
- c) identificar as principais propostas/alternativas para a prevenção e intervenção nas situações que identificam como maus-tratos;
- d) identificar as percepções da amostra e respectivos grupos acerca de quais os idosos em maior risco de sofrerem maus-tratos;
- e) verificar se existem diferenças de percepção entre os grupos, no que concerne às tipologias de maus-tratos, sinais, causas, locais em que estes ocorrem e procedimentos de denúncia.

2.1. Participantes

Participaram neste estudo 90 indivíduos, organizados em 3 grupos, PI ($n=30$), PS ($n=30$) e os restantes 30 participantes correspondem ao PG.

Como critérios de inclusão definimos: ter mais de 65 anos no PI, ter mais de 18 anos e menos de 65 anos no PG e ter no mínimo 4 anos de escolaridade, possuir uma licenciatura na área da Saúde e ainda estar no activo no PS. Foram também consideradas limitações na capacidade auditiva ou da fala, como critérios de exclusão.

Considerou-se o limite mínimo de idade de 65 anos para o PI, com o objectivo de assegurar que se trata de uma população inactiva laboralmente de acordo com a legislação portuguesa, considerando que a circunstância de se perceberem a si mesmos como população activa poderia provocar um certo distanciamento vivencial dos problemas das pessoas idosas, o que seria indesejável para responder aos objectivos supracitados.

Para o PG definiu-se como critério de inclusão participantes com menos de 65 anos, no sentido de se diferenciar da população idosa, bem como se procurou evitar sujeitos com conhecimentos técnicos derivados da sua formação profissional, já que o que se pretende é o discurso da população, sem o enfoque especializado ou mediado por experiências peculiares por razões profissionais.

Quanto aos critérios de exclusão, desempenham uma dupla função: por um lado, garantir a competência dos participantes para desenvolverem uma discussão, e por outro, excluir condições que se presumissem como factores de risco para sofrer maus-tratos, dado que o que se pretendia era obter o ponto de vista de população que, supostamente não foram exposta aos mesmos.

Assim, quanto à idade verifica-se que a amostra global varia entre os 19 e os 81 anos sendo a média das idades de 51,89 anos ($DP=18,00$). No PI, a média das idades é de 70,93 anos ($DP=5,01$); no PG, de 49,04 anos ($DP=12,45$); e no PS a média é de 35,50 anos ($DP=11,88$).

Como se verifica na tabela 2, predomina o género feminino, quer na amostra global (64.4%), quer nos três grupos (PI-76.7%; PG-56.7; PS-60%). Quanto à escolaridade, a maioria (73.3%) tem apenas o 1º ciclo, 10 % tem o 2º ciclo e o 3º ciclo. Apenas 6.7% tem o secundário. Na sua maioria (63.3%) são casados, sendo que 30% já são viúvos e apenas 3,3% se mantêm solteiros. Em termos laborais, 80% encontram-se actualmente aposentados, 13,3% são domésticas e 6,7% são comerciantes. A totalidade do PS encontra-se activo profissionalmente.

Variáveis / Grupo	PI		PG		PS		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Género	<i>Masculino</i>	7	23.3	13	43.3	12	40.0	32	35.6
	<i>Feminino</i>	23	76.7	17	56.7	18	60.0	58	64.4
Escolaridade	<i>1º Ciclo</i>	22	73.3	7	23.3	0	0.0	29	32.2
	<i>2º Ciclo</i>	3	10.0	3	10.0	0	0.0	6	6.7
	<i>3º Ciclo</i>	3	10.0	8	26.7	0	0.0	11	12.2
	<i>Secundário</i>	2	6.7	3	10.0	0	0.0	5	5.6
	<i>Ens. Sup.</i>	0	0.0	9	30.0	30	100.0	39	43.3
Estado Civil	<i>Casado</i>	19	63.3	25	83.3	10	33.3	54	60.0
	<i>Solteiro</i>	1	3.3	4	13.3	16	53.3	21	23.3
	<i>Sep./Div.</i>	0	0.0	1	3.3	3	10.0	4	4.4
	<i>Viúvo</i>	10	33.3	0	0.0	1	3.3	11	12.2
Situação laboral	<i>Aposentado</i>	24	80.0	2	6.7	0	0.0	26	28.9
	<i>Activo</i>	2	6.7	22	73.3	30	100.0	54	60.0
	<i>Doméstica</i>	4	13.3	4	13.3	0	0.0	8	8.9
	<i>Desempregado</i>	0	0.0	2	6.7	0	0.0	2	2.2

Tabela 2 – Frequências das variáveis específicas Género, Escolaridade, Estado Civil e Situação Laboral no grupo dos idosos (PI), população geral (PG) e profissionais de saúde (PS).

2.1.2. Variáveis específicas dos idosos

A maioria dos idosos (46,7%) vive apenas com o respectivo cônjuge, 26,7% vive sozinho, 10% vive com o cônjuge e filhos e igual número vive apenas com os filhos. Finalmente, 6,7% coabita com o cônjuge, filhos e netos. 63,3% reside em centros urbanos e 30% em zonas rurais. Quanto à manutenção de realização de actividades, 66,7% frequentam actividades de diversa índole e 33,3% não frequenta, 43,3% frequenta Universidades Séniores e 56,7% não frequenta qualquer tipo de instituição.

2.1.3. Variáveis específicas dos profissionais de saúde

No que concerne à actividade profissional (tabela 3), o PS é composto por médicos (50%) e Enfermeiros (50%), 53,3% dos quais exerce funções na Urgência e os restantes (46,7%) nos Cuidados Continuados. Constata-se ainda que somente 36,7% possui formação na área gerontológica, e que a grande maioria (93.3%), não, e tem formação especificamente no âmbito dos maus-tratos. Para além disso, quando questionados sobre o contacto com esta problemática no exercício profissional, 56,7% afirma que por vezes lida com maus-tratos, 30% refere que quase nunca lida e 13,3% nunca se deparou com este fenómeno.

Variáveis / Grupo	PS	
	N	%
Formação	<i>Sim</i>	11 36.7
Gerontologia	<i>Não</i>	19 63.3
Formação	<i>Sim</i>	2 6.7
Maus-Tratos	<i>Não</i>	28 93.3
Frequência lida com	<i>Nunca</i>	4 13.3
	<i>Quase nunca</i>	9 30.0
	<i>Por vezes</i>	17 56.7
Maus-Tratos	<i>Quase sempre</i>	0 0.0
	<i>Sempre</i>	0 0.0

Tabela 3 – Frequências das variáveis específicas dos Profissionais de saúde: Formação em Gerontologia; Formação em Maus-tratos; Frequência com que lida com Maus-tratos.

2.2. Instrumentos

O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada (ver anexo I), elaborada para este estudo. Normalmente associada aos métodos qualitativos (Strauss & Corbin, 1998), a entrevista é considerada uma ferramenta muito útil para se aceder às percepções, às definições das situações e às construções da realidade dos indivíduos (Punch, 1998). A entrevista semi-directiva é adequada para aprofundar um determinado domínio ou verificar a evolução de um domínio já conhecido (Ghiglione & Matalon, 1993). Esta foi composta por perguntas fechadas e abertas, no total de 13 questões. As primeiras referiram-se a aspectos relacionados com dados sócio-demográficos, nomeadamente género, idade, escolaridade, profissão, ocupação, nível sócio-económico, estado civil, suporte social, local de residência (urbano ou rural). As segundas tentaram responder aos objectivos descritos anteriormente e que consistiu na recolha de informações acerca do que consideram por maus-tratos e quais os seus diferentes tipos, as significações que lhes atribuem, quem os pratica, onde são praticados e porque o são, quais os recursos disponíveis para responder eficazmente a esta problemática e se existe preocupação por parte dos profissionais de saúde acerca deste fenómeno.

As diferenças entre os questionários desenvolvidos para os três grupos centram-se apenas nas questões sócio-demográficas. Assim, no grupo dos profissionais de saúde incluíram-se questões relativas aos anos de experiência, local onde exerce funções, ter frequentado formação em Gerontologia e/ou formação em maus-tratos ao idoso, e acerca da frequência com que lida com situações de maus-tratos na sua prática profissional. Para o grupo dos Idosos, as questões acima indicadas foram substituídas por outras que questionavam a frequência de actividades e/ou instituições, zona de residência do entrevistado e agregado familiar. Quanto ao grupo da População, apenas se mantiveram estas duas últimas questões.

2.3. Procedimento

A duração média de cada entrevista, realizada individualmente, foi de 30 minutos, sendo apenas realizada após autorização prévia dos sujeitos através do preenchimento do consentimento informado (ver anexo II). A todos foi garantida a confidencialidade e o anonimato tendo sido a sua participação no estudo voluntária.

Atendendo ao que foi referido anteriormente torna-se necessário definir o tipo de estudo utilizado. Tendo em conta que o objectivo geral do estudo se prende com a compreensão do modo como os idosos, a população em geral e os profissionais percebem os maus-tratos nos idosos, consideramos este estudo de tipo exploratório-descritivo, na medida em que este visa «denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação» (Fortin, 1999, p. 137).

A investigação descritiva, como o próprio nome sugere, tem por objectivo descrever um determinado fenómeno (Bisquerra, 1989; Fox 1987), isto é, «descreve o que é. Compreende a descrição, o registo, a análise e a interpretação das condições existentes no momento» (Best, 1981, p. 31). Por outro lado, como afirma Bisquerra (1989), a investigação descritiva «pode utilizar metodologia qualitativa ou quantitativa» (p. 65).

A comunicação e a linguagem são os mecanismos fundamentais de transmissão e criação da realidade e a forma que dá sentido aos sujeitos, pelo que o estudo das percepções seja obtido a partir da análise do discurso dos mesmos.

Assim, a abordagem utilizada é de carácter qualitativo e quantitativo. Estes dois tipos de métodos não são incompatíveis mas, como afirma Shulman (1981), constroem, em conjunto, um mosaico metodológico que será o mais estimulante campo da investigação. Também Huberman e Miles (1991) preferem não estabelecer oposição entre qualitativo e quantitativo, no campo das decisões epistemológicas, ontológicas e metodológicas em investigação, falando de um *continuum* no qual se situam as várias opções. Por outro lado, Cook e Reichard (1979), consideram como sendo o método mais adequado para a investigação científica porque permite a complementaridade dos dados perspectivados através de modos diferentes. Do mesmo modo, Bisquerra (1989) e Johnson e Onwuegbuzie (2004), consideram que, apesar das divergências e particularidades que se levantam sobre a aplicação das duas abordagens, estas podem ser complementares.

Assim, o primeiro enfoque metodológico foi de natureza qualitativa, isto é, centrado na forma das pessoas interpretarem e darem sentido às suas experiências e ao meio onde vivem (Holloway, 1997). Esta abordagem explora o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas que

são alvo do estudo, sendo que as respostas de lista livre foram sujeitas a evocação sistemática, o que obrigou à realização de um Acordo de Juízes sobre as percepções de maus-tratos.

A segunda abordagem metodológica foi quantitativa, em que cada conjunto de dados é integrado e quantificado durante a fase analítica para fornecer um quadro completo (Onwuegbuzie & Teddlie, 2003), «tendo por finalidade contribuir para o desenvolvimento e a validação dos conhecimentos» (Fortin, 1999, p. 22). Desta forma, após a evocação referida, foram calculadas respectivas frequências e comparados os grupos através do teste do χ^2 . Este foi possível após dicotomização das variáveis.

3. Apresentação dos resultados

Seguidamente serão apresentados os dados relativos às características dos diferentes grupos, no que concerne à idade, género, escolaridade, estado civil e situação laboral, zona de residência, com quem vive, frequência de actividade e de instituição, experiência profissional, formação em Gerontologia e/ou Maus-tratos nos Idosos, Serviço onde desempenha funções e frequência com que lida com situações de maus-tratos a idosos. De forma a facilitar a leitura e a comparação entre os mesmos, os três grupos serão descritos em paralelo, sendo utilizado o teste do χ^2 para comparações inter-grupos. Por esta razão, também se optou pelo mesmo tipo de descrição para as restantes questões que compõem o questionário. Apenas serão destacadas e descritas as percentagens mais elevadas em todos os grupos.

3.1. “Onde Ouviu falar dos maus-tratos?”

Quando questionados se ouviram falar de maus-tratos na terceira idade, 100% (n=90) da amostra, responde afirmativamente, tendo tomado conhecimento quase exclusivamente através da comunicação social (PI-93,3%; PG-96,7%; PS-83,3%), o que remete para a inexistência de uma associação estatisticamente significativa entre as fontes de informação sobre os maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=13.317$, $p=.101$) (Tabela 4).

Variáveis / Grupo	PI		PG		PS		Total		$\chi^2(8)$
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Com. Social</i>	28	93.3	29	96.7	25	83.3	82	91.1	13.317
<i>Vizinhos</i>	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	1.1	
<i>Hospital</i>	0	0.0	0	0.0	4	13.3	4	4.4	
<i>Familiares</i>	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	1.1	
<i>Outros</i>	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	2.2	

Tabela 4 – Frequências das variáveis onde ouviu falar de maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* $p < .05$; ** $p < .000$).

3.2. “Diga-nos por palavras / expressões / frases o que entende por maus-tratos a idosos?”

Esta é uma questão de evocação sistemática (lista livre), o que obrigou à realização de um Acordo de Juízes sobre as percepções de maus-tratos. Por conseguinte, as evocações da percepção de

maus-tratos dos 90 sujeitos foram submetidas a um acordo entre 3 juízes no sentido de se formar agrupamentos de percepções similares, mas evocados por palavras diferentes. Na tabela 5, expomos as percepções que foram evocadas por pelo menos 10% dos participantes. Como se pode verificar, 8 das percepções cumprem este critério, significando que 42.1% das palavras foram evocadas por pelo menos 10% da amostra. De salientar que estas 8 percepções são já o resultado do acordo entre juízes. Isto quer dizer que foram agrupadas numa mesma percepção mas podem ter sido evocadas por palavras diferentes. Por exemplo, a percepção que foi formulada como “Ausência de cuidados básicos”, resulta do agrupamento de respostas como “ não dar alimentação”, “pouca assistência” e “falta de higiene”.

<i>Percepções</i>	<i>N</i>	<i>% *</i>
1. Agressividade Psicológica	60	66.7
2. Agressividade física	58	64.5
3. Ausência de Cuidados Básicos	49	54.4
4. Abandono	39	43.3
5. Agressividade Verbal	28	31.1
6. Abuso financeiro	19	21.1
7. Ausência de Afectos	13	14.4
8. Desrespeito	9	10.0

9. Violência social	7	7.8
10. Abuso sexual	4	4.4
11. Falta de paciência	3	3.3
12. Maus-tratos	3	3.3
13. Desmazelo	2	2.2
14. Abuso	1	1.1
15. Ingratidão	1	1.1
16. Não aceitar	1	1.1
17. Não permitir visitas	1	1.1
18. Obstinação terapêutica	1	1.1
19. Sofrimento	1	1.1

Tabela 5 - Evocação total das percepções acerca do conceito de maus-tratos a idosos.

3.3. “Em que locais podem ocorrer maus-tratos a idosos e quem os pratica?”

Quando questionados acerca da prática de maus-tratos (Tabela 6), a maioria da amostra refere o Domicilio como local preferencial de prática de maus-tratos (PI-56.7%; PG-83.3%; PS-93.3%). O estudo comparativo entre grupos, demonstrou a existência de uma associação estatisticamente

significativa entre local de prática dos maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=22.700$, $p=.004$), sobretudo entre PI e PS ($\chi^2(4)=15.022$, $p=.005$).

Variáveis / Grupo		PI		PG		PS		Total		$\chi^2(8)$
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Local prática	<i>Domicílio</i>	17	56.7	25	83.3	28	93.3	70	77.8	22.700*
	<i>Hospitais</i>	1	3.3	1	3.3	2	6.7	4	4.4	
	<i>Lares</i>	5	16.7	2	6.7	0	0.0	7	7.8	
	<i>Rua</i>	1	3.3	2	6.7	0	0.0	3	3.3	
	<i>NS/NR</i>	6	20.0	0	0.0	0	0.0	6	6.7	
Quem prática	<i>Família cuidadores</i>	15	50.0	22	73.3	19	63.3	56	62.2	20.891*
	<i>Não-família cuidadores</i>	8	26.7	4	13.3	3	10.0	15	16.7	
	<i>Ambos</i>	3	10.0	2	6.7	8	26.7	13	14.4	
	<i>Desconhecidos</i>	0	0.0	2	6.7	0	0.0	2	2.2	
	<i>NS/NR</i>	4	13.3	0	0.0	0	0.0	4	4.4	

Tabela 6 – Frequências das variáveis local de prática e quem os pratica e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* $p < .05$; ** $p < .000$).

Relativamente a quem pratica (tabela 6), a maioria da amostra refere que são perpetrados por familiares cuidadores (PI-50%; PG-83.3%; PS-93.3%). Também se verifica uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=20.891$, $p=.007$). Estas diferenças apresentam-se como estatisticamente significativas entre o PI e o PS ($\chi^2(3)=9.016$, $p=.029$).

3.4. “Se tivesse que denunciar uma situação de maus-tratos a idosos, como o fazia?”

Relativamente ao local de denúncia (Tabela 7), a maioria da amostra refere as forças policiais (PI-46.7%; PG-53.3%; PS-53.3%), considerando as autoridades (PI-46.7%; PG-50%; PS-60%), como as entidades indicadas para registarem a denúncia. No entanto, salienta-se que houveram vários sujeitos que não responderam ou não souberam responder às questões relativas ao local (11 PI e 2PG), e às entidades/pessoas propriamente ditas (12 PI, 3PG e 2PS).

O estudo comparativo entre grupos, demonstrou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre local de denúncia dos maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=45.432$, $p=.000$). Com efeito, os grupos divergem todos entre si de forma estatisticamente significativa (PIxPG: $\chi^2(5)=14.475$, $p=.013$; PIxPS: $\chi^2(5)=30.133$, $p=.000$; PGxPS: $\chi^2(5)=15.164$, $p=.010$).

O mesmo se verifica relativamente à variável a quem denunciar, e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=19.413$, $p=.035$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(5)=13.434$, $p=.020$) e entre PI e PS ($\chi^2(5)=12.754$, $p=.026$).

Variáveis / Grupo	PI		PG		PS		Total		$\chi^2(8)$	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Local de Denúncia	<i>Forças Policiais</i>	14	46.7	16	53.3	16	53.3	46	51.1	45.432**
	<i>Segurança Social</i>	5	16.7	4	13.3	0	0.0	9	10.0	
	<i>Hospital</i>	0	0.0	1	3.3	10	33.3	11	12.2	
	<i>Redes de Apoio</i>	0	0.0	4	13.3	1	3.3	5	5.6	
	<i>Outros</i>	0	0.0	3	10.0	3	10.0	6	6.7	
	<i>NS/NR</i>	11	36.7	2	6.7	0	0.0	13	14.4	
A quem denunciar	<i>Linhas de Apoio</i>	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	2.2	19.413*
	<i>Autoridades</i>	14	46.7	5	50.0	18	60.0	47	52.2	
	<i>Assistente Social</i>	4	13.3	4	13.3	5	16.7	13	14.4	
	<i>Profs. de Saúde</i>	0	0.0	6	20.0	3	10.0	9	10.0	
	<i>Familiares</i>	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	2.2	
	<i>NS/NR</i>	12	40.0	3	10.0	2	6.7	17	18.9	
Como denunciar	<i>Telefonicamente</i>	8	26.7	7	23.3	12	40.0	27	30.0	23.961*
	<i>Pessoalmente</i>	8	26.7	19	63.3	11	36.7	38	42.2	
	<i>Por escrito</i>	0	0.0	1	3.3	4	13.3	5	5.6	
	<i>NS/NR</i>	14	46.7	3	10.0	3	10.0	20	22.2	

Tabela 7 – Frequências das variáveis local de denúncia, a quem denunciar e como denunciar e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* $p < .05$; ** $p < .000$).

Quanto ao procedimento propriamente dito, ou seja, como proceder à denúncia, a denúncia pessoal representa a opção mais escolhida pela PG (63.35%) e pela PS (40%). No que concerne à PI, dos 53.3% respondentes a esta questão, a opinião divide-se entre a denúncia telefónica e a pessoal. Nesta questão, também se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=23.961$, $p=.001$). Na comparação entre grupos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PG ($\chi^2(3)=12.666$, $p=.005$) e entre PI e PS ($\chi^2(5)=11.391$, $p=.006$).

3.5. “Acha que os idosos estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos?”

A maioria da população da amostra considera que os idosos não estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos (PI-90%; PG-90%; PS-96.7%), considerando os profissionais de saúde como tendo formação suficiente para identificar a ocorrência de maus-tratos

(PI-46.7%; PG-63.3%; PS-63.3%) (Tabela 8). Apesar disso, verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a percepção acerca da formação dos profissionais para identificar nos maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=11.533$, $p=.021$). Numa análise mais aprofundada, esta diferença verifica-se especificamente entre PI e PS ($\chi^2(2)=9.121$, $p=.010$).

Variáveis / Grupo		PI		PG		PS		Total		χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Profissionais Formação Identificar	<i>Sim</i>	14	46.7	19	63.3	19	63.3	52	57.8	11.533*
	<i>Não</i>	6	20.0	8	26.7	10	33.3	24	26.7	
	<i>NS/NR</i>	10	33.3	3	10.0	1	3.3	14	15.6	
Profissionais Formação Prevenir	<i>Sim</i>	13	43.3	8	26.7	13	43.3	34	37.8	7.207
	<i>Não</i>	8	26.7	16	53.3	14	46.7	38	42.2	
	<i>NS/NR</i>	9	30.0	6	20.0	3	10.0	18	20.0	
Profissionais Formação Intervir	<i>Sim</i>	18	60.0	14	46.7	17	56.7	49	54.4	3.134
	<i>Não</i>	7	23.3	11	36.7	11	36.7	29	32.2	
	<i>NS/NR</i>	5	16.7	5	16.7	2	6.7	12	13.3	
Profissionais Risco cometer MT	<i>Médicos</i>	4	13.3	4	13.3	3	10.0	11	12.2	27.786*
	<i>Enfermeiros</i>	4	13.3	1	3.3	2	6.7	7	7.8	
	<i>Aux. AM</i>	5	16.7	11	36.7	13	43.3	29	32.2	
	<i>Assist. Social</i>	1	3.3	6	20.0	1	3.3	8	8.9	
	<i>Todos</i>	8	26.7	4	13.3	7	23.3	19	21.1	
	<i>Outros</i>	0	0.0	2	6.7	1	3.3	3	3.3	
	<i>NS/NR</i>	8	26.7	0	0.0	2	6.7	10	11.1	
<i>Nenhum</i>	0	0.0	2	6.7	1	3.3	3	3.3		

Tabela 8 – Frequências das variáveis formação dos profissionais para identificar, prevenir e intervir, Profissionais com maior risco de cometer MT e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* $p < .05$; ** $p < .000$).

Relativamente à formação dos profissionais de saúde para prevenir a ocorrência de maus-tratos, PI e PS consideram que sim (PI-43.3%; PS-43.3%), enquanto a PG considera que os profissionais de saúde não possuem formação para prevenir a ocorrência dos maus-tratos (PG-53.3%). Quanto à formação dos profissionais de saúde para intervir numa situação de maus-tratos, a maioria da amostra considera que estes têm a formação adequada (PI-60%; PG-46.7%; PS-56.7%).

No que concerne à questão dos profissionais de saúde, que consideram em maior risco de perpetuarem maus-tratos, a maioria da PG e dos PS consideram os auxiliares de acção médica (PG-36.7%; PS-43.3%), enquanto, a PI refere todos os profissionais de saúde (PI-26.7%), de uma forma global. Salienta-se que alguns (PI-26.7%), não sabem ou não respondem a esta questão. No estudo comparativo entre grupos, verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os diferentes grupos ($\chi^2(2)=27.786$, $p=.015$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(2)=20.955$, $p=.004$).

3.6. “Que tipos de maus-tratos a idosos conhece?”

No que respeita as tipologias de maus-tratos (Tabela 9), automaticamente ressalta-nos o facto de todos os indivíduos considerarem os físicos (PI- 56.7%, PG- 80%, PS – 96,7%), a negligência/abandono (PI- 63,3%, PG- 76,7%, PS – 56,7%) e os psicológicos (PI- 36.7%, PG- 83,3%, PS – 90%), como os mais prevalentes, não identificando os maus-tratos sexuais, por auto-negligência/auto-abandono, obstinação terapêutica e obstinação diagnóstica.

Contudo, se fizermos uma análise intra-grupo, constata-se diferenças na valorização de cada uma destas formas de maus tratos. Assim, por ordem decrescente, a PI identifica primordialmente a negligência/abandono (63,3%), seguida dos físicos (56,7%) e finalmente os psicológicos (36,7%), não lhes dando grande relevância. A PG, considera os psicológicos como os principais (83,3%), seguidos dos físicos (80%) e da negligência/abandono. Os PS, identificam os físicos como os mais prevalentes (96,7%), seguindo-se os psicológicos (90%) e finalmente, a negligência/abandono (56,7%).

Tipologias MT	Grupo	PI		PG		PS		Total		χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Físicos	Sim	17	56.7	24	80.0	29	96.7	70	77.8	14.014*
	Não	13	43.3	6	20.0	1	3.3	20	22.2	
Psicológicos	Sim	11	36.7	25	83.3	27	90.0	63	70.0	24.127**
	Não	19	63.3	5	16.7	3	10.0	27	30.0	
Sexuais	Sim	0	0.0	2	6.7	5	16.7	7	7.8	5.886
	Não	30	100	28	93.3	25	83.3	83	92.2	
Financeiros	Sim	9	30.0	7	23.3	7	23.3	23	25.6	.467
	Não	21	70.0	23	76.7	23	76.7	67	74.4	
Negligência / Abandono	Sim	19	63.3	23	76.7	17	56.7	59	65.6	2.756
	Não	11	36.7	7	23.3	13	43.3	31	34.4	
Auto-neg. / auto.aband.	Sim	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	1.1	2.022
	Não	30	100	29	96.7	30	100	89	98.9	
Obstinação Terapêutica	Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	----
	Não	30	100	30	100	30	100	30	100	
Obstinação Diagnóstica	Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	----
	Não	30	100	30	100	30	100	30	100	

Tabela 9 – Frequências das variáveis tipologias Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* $p < .05$; ** $p < .000$).

A análise comparativa entre grupos demonstra a existência de uma associação estatisticamente significativa dos maus-tratos físicos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=14.014$, $p=.001$). Numa análise mais aprofundada verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PS ($\chi^2(1)=13.416$, $p=.000$) e entre PG e PS ($\chi^2(1)=4.043$, $p=.044$). Quanto aos psicológicos também se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa nos diferentes grupos

($\chi^2(8)=24.127$, $p=.000$), sobretudo, entre PI e PG ($\chi^2(1)=13.611$, $p=.000$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=18.373$, $p=.000$).

3.7. “Quais são os sinais de maus-tratos a idosos?”

No que concerne aos sinais de maus-tratos (Tabela10), os físicos (PI- 30%, PG- 70%, PS – 90%), psicológicos/emocionais (PI- 76,7%, PG- 86,7%, PS – 90%), e a negligência (PI- 16,7%, PG- 40%, PS – 63,3%), constituem os mais evidenciados pelos três grupos populacionais. No entanto, a maioria da amostra não consideram o abandono (PI- 83,3%, PG- 86,7%, PS – 86,7%), e os indicadores financeiros (PI- 96,7%, PG- 93,3%, PS – 86,7%), como sinais importantes/evidentes na sinalização dos maus-tratos, tendo negligenciado por completo os sinais de auto-negligência e os sexuais.

A análise intra-grupo, permite-nos verificar que existem valorizações diferentes entre os três grupos, no que concerne aos vários sinais de maus-tratos identificados. Sendo assim, por ordem decrescente, a PI valoriza sobretudo os sinais psicológicos/emocionais (76,7%), seguidos dos físicos (30%), abandono e negligência (ambos com 16,7%) e em último lugar os financeiros (3,3%). A PG, também enaltece os psicológicos/emocionais (86,7%), os físicos (70%), negligência (40%), abandono (13,3%) e o financeiros (6,7%). Os PS, identificam de igual forma os físicos e psicológicos (ambos com 90%), seguindo-se a negligência (63,3%), e finalmente o abandono e os financeiros (ambos com 13,3%).

A análise inter-grupo, demonstra a existência de uma associação estatisticamente significativa entre os sinais físicos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=24.11$, $p=.000$). Numa análise mais aprofundada verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PG ($\chi^2(1)=9.600$, $p=.002$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=22.500$, $p=.000$). O mesmo se verifica relativamente aos sinais de negligência ($\chi^2(8)=13.611$, $p=.001$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PG ($\chi^2(1)=4.022$, $p=.045$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=13.611$, $p=.000$).

Sinais MT	Grupo	PI		PG		PS		Total		χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Físicos	<i>Sim</i>	9	30.0	21	70.0	27	90.0	57	63.3	24.115**
	<i>Não</i>	21	70.0	9	30.0	3	10.0	33	36.7	
Psicológicos / Emocionais	<i>Sim</i>	23	76.7	26	86.7	27	90.0	76	84.4	2.199
	<i>Não</i>	7	23.3	4	13.3	3	10.0	14	15.6	
Abandono	<i>Sim</i>	5	16.7	4	13.3	4	13.3	13	14.4	.180
	<i>Não</i>	25	83.3	26	86.7	26	86.7	77	85.6	
Negligência	<i>Sim</i>	5	16.7	12	40.0	19	63.3	36	40.0	13.611*
	<i>Não</i>	25	83.3	18	60.0	11	36.7	54	60.0	
Auto-negligência	<i>Sim</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	----
	<i>Não</i>	30	100	30	100	30	100	90	100	
Financeiros	<i>Sim</i>	1	3.3	2	6.7	4	13.3	7	7.8	2.169
	<i>Não</i>	29	96.7	28	93.3	26	86.7	83	92.2	
Sexuais	<i>Sim</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	----
	<i>Não</i>	30	100	30	100	30	100	90	100	

Tabela 10 – Frequências das variáveis Sinais de Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000)

3.8. “Indique as causas que contribuem para ocorrência de maus-tratos a idosos?”

A análise intra-grupo, permite-nos verificar que existem valorizações diferentes entre os três grupos (tabela 11), no que concerne às causas para ocorrência de maus-tratos. Sendo assim, por ordem decrescente, a PI valoriza sobretudo a ausência de afectividade (36,7%), bem como dos financeiros (36,7%), seguidos da falta de educação e formação (33,3%). A PG, também enaltece as causas financeiras (50%), seguida do stress/impaciência/falta de tempo (40%) e ausência de afectividade (36,7%). Os PS identificam primeiramente a falta de educação e formação (60%), seguindo-se a ausência de afectividade (50%) e o stress/impaciência/falta de tempo (50%).

3.9. “Quais os idosos com maior risco de sofrerem maus-tratos?”

Na análise intra-grupo (tabela 12) desta questão verificamos que o PI considera primeiramente os idosos dependentes (46,7%), seguido das condições económicas (26,7%) e dos idosos abandonados (23,3%). O PG também considera os idosos dependentes (70%), seguido das condições económicas (36,7%), os abandonados (23,3%) e aqueles inseridos em famílias problemáticas (23,3%). Finalmente, o PS releva os idosos dependentes (60,0%), seguidos dos idosos inseridos em famílias problemáticas (43,3%) e as condições económicas (36,7%). Numa análise inter-grupo verifica-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a variável

famílias problemáticas e os diferentes grupos ($\chi^2(2)=13.416, p=.001$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(1)=5.192, p=.023$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=13.416, p=.000$).

Causas MT	Grupo	PI		PG		PS		Total		χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Falta educação e formação	Sim	10	33.3	10	33.3	18	60.0	38	42.2	5.830
	Não	20	66.7	20	66.7	12	40.0	52	57.8	
Ausência de afectividade	Sim	11	36.7	11	36.7	15	50.0	37	41.1	1.469
	Não	19	63.3	19	63.3	15	50.0	53	58.9	
Stress / Imp. / Falta de tempo	Sim	9	30.0	12	40.0	15	50.0	36	40.0	2.500
	Não	21	70.0	18	60.0	15	50.0	54	60.0	
Financeiras	Sim	11	36.7	15	50.0	14	46.7	40	44.4	1.170
	Não	19	63.3	15	50.0	16	53.3	50	55.6	
Cuidadores com patologia	Sim	1	3.3	2	6.7	3	10.0	6	6.7	1.071
	Não	29	96.7	28	93.3	27	90.0	84	93.3	
Toxicodep.	Sim	4	13.3	3	10.0	2	6.7	9	10.0	.741
	Não	26	86.7	27	90.0	28	93.3	81	90.0	
Políticas sociais deficitárias	Sim	1	3.3	1	3.3	7	23.3	9	10.0	8.889*
	Não	29	96.7	29	96.7	23	76.7	81	90.0	
Violência transgeracional	Sim	2	6.7	3	10.0	9	30.0	14	15.6	7.274*
	Não	28	93.3	27	90.0	21	70.0	76	84.4	
Fragilidade dos idosos	Sim	0	0.0	3	10.0	5	16.7	8	8.9	5.213
	Não	30	100	27	90.0	25	83.3	82	91.1	

Tabela 11 – Frequências das variáveis Causas de Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

Idosos Risco MT	Grupo	PI		PG		PS		Total		χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Abandonados	Sim	7	23.3	7	23.3	10	33.3	24	26.7	1.023
	Não	23	76.7	23	76.7	20	66.7	66	73.3	
Condições económicas	Sim	8	26.7	11	36.7	11	36.7	30	33.3	.900
	Não	22	73.3	19	63.3	19	63.3	60	66.7	
Dependentes	Sim	14	46.7	21	70.0	18	60.0	53	58.9	3.396
	Não	16	53.3	9	30.0	12	40.0	37	41.1	
Institucionalizados	Sim	2	6.7	0	0.0	3	10.0	5	5.6	2.965
	Não	28	93.3	30	100	27	90.0	85	94.4	
Género	Sim	0	0.0	2	6.7	3	10.0	5	5.6	2.965
	Não	30	100	28	93.3	27	90.0	85	94.4	
Famílias problemáticas	Sim	1	3.3	7	23.3	13	43.3	21	23.3	13.416*
	Não	29	96.7	23	76.7	17	56.7	69	76.7	
Apoio social deficitário	Sim	0	0.0	4	13.3	4	13.3	8	8.9	4.390
	Não	30	100	26	86.7	26	86.7	82	91.1	

Tabela 12 – Frequências das variáveis Idosos com maior risco de sofrer maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* p < .05; ** p < .000).

3.10. “Diga-nos o que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos a idosos?”

Quando questionados acerca do que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos (Tabela 13), na análise intra-grupo verificamos que o PI remete primeiramente para um maior apoio e assistência (36,7%), seguido de educação e formação (23,3%). O PG considera a educação e a formação (60%), seguido de maior apoio e assistência (46,7%) e maior segurança e vigilância (26,7%). O PS evidencia a educação e formação (70%), seguido de maior apoio e assistência (43,3%) e denunciar (36,7%).

Após análise inter-grupo verifica-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a variável denunciar e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=6.938$, $p=.031$), mais especificamente entre PI e PS ($\chi^2(1)=5.963$, $p=.015$). Finalmente também se verifica uma associação estatisticamente significativa entre a variável mais segurança e vigilância e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=9.231$, $p=.010$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(1)=9.231$, $p=.002$) e PI e PS ($\chi^2(1)=4.286$, $p=.038$).

Diminuição MT	Grupo	PI		PG		PS		Total		χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Nada	<i>Sim</i>	2	6.7	0	0.0	0	0.0	2	2.2	4.091
	<i>Não</i>	28	93.3	30	100	30	100	88	97.8	
Maior apoio e assistência	<i>Sim</i>	11	36.7	14	46.7	13	43.3	38	42.2	.638
	<i>Não</i>	19	63.3	16	53.3	17	56.7	52	57.8	
Educação e Formação	<i>Sim</i>	7	23.3	18	60.0	21	70.0	46	51.1	14.496*
	<i>Não</i>	23	76.7	12	40.0	9	30.0	44	48.9	
Denunciar	<i>Sim</i>	3	10.0	5	16.7	11	36.7	19	21.1	6.938*
	<i>Não</i>	27	90.0	25	83.3	19	63.3	71	78.9	
Apoio financeiro	<i>Sim</i>	3	10.0	2	6.7	2	6.7	7	7.8	.310
	<i>Não</i>	27	90.0	28	93.3	28	93.3	83	92.2	
Valorizar papel do idoso	<i>Sim</i>	0	0.0	2	6.7	3	10.0	5	5.6	2.965
	<i>Não</i>	30	100	28	93.3	27	90.0	85	94.4	
Mais segur. e vigilância	<i>Sim</i>	0	0.0	8	26.7	4	13.3	12	13.3	9.231*
	<i>Não</i>	30	100	22	73.3	26	86.7	78	86.7	
Intervenção judicial	<i>Sim</i>	0	0.0	0	0.0	2	6.7	2	2.2	4.091
	<i>Não</i>	30	100	30	100	28	93.3	88	97.8	

Tabela 13 – Frequências das variáveis diminuir a ocorrência de Maus-tratos e χ^2 entre os grupos PI, PG e PS (* $p < .05$;

** $p < .000$).

3.11. Estudos exploratórios adicionais por grupo

Serão agora descritos os resultados relativos à análise das diferentes perguntas do questionário, tendo em conta variáveis específicas de cada um dos grupos que compõem a amostra, sendo apenas apresentados os resultados que se revelaram como estatisticamente significativos.

Na sub-amostra correspondente ao PI foram pesquisadas eventuais diferenças utilizando as respostas a todas as questões colocadas como variáveis independentes e como variáveis dependentes o género, o estado civil, a frequência de actividade, a frequência de instituição e a zona de residência. Assim, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas quanto ao género nas variáveis Tipologia Maus-tratos Psicológicos ($\chi^2(1)=4.751$, $p=.029$), Causas – falta de educação e formação ($\chi^2(1)=4.565$, $p=.033$), idosos em risco por razões económicas ($\chi^2(1)=4.337$, $p=.037$), e diminuição dos maus-tratos – maior assistência e apoio ($\chi^2(1)=4.751$, $p=.029$). Tendo em conta a zona de residência também se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Tipologia Maus-tratos Físicos ($\chi^2(1)=4.474$, $p=.034$) e diminuição dos maus-tratos – maior educação e formação ($\chi^2(1)=4.751$, $p=.029$).

Quanto à sub-amostra correspondente ao PG foram pesquisadas eventuais diferenças entre as variáveis independentes acima descritas, utilizando como variáveis dependentes igualmente o género, habilitações literárias, estado civil e zona de residência. No que diz respeito ao género, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idosos em risco por razões económicas ($\chi^2(1)=6.111$, $p=.013$) e diminuição dos maus-tratos – maior segurança e vigilância ($\chi^2(1)=4.455$, $p=.035$).

Finalmente, quanto à sub-amostra correspondente ao PS apenas se alteraram algumas variáveis dependentes, pois, para além do género e do estado civil, foram utilizadas a profissão (Médico/Enfermeiro), experiência profissional, formação em gerontologia, formação em maus-tratos a idosos, serviço onde exerce funções (Cuidados Continuados/Urgência) e frequência com que lida com maus-tratos a idosos.

No que diz respeito ao género, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Sinais Negligência ($\chi^2(1)=7.751$, $p=.005$) e idosos em risco por dependência ($\chi^2(1)=4.537$, $p=.033$).

No que diz respeito à profissão, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idosos em risco por razões económicas ($\chi^2(1)=7.033$, $p=.008$).

Tendo em conta a experiência profissional, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável diminuição de maus-tratos – maior educação e formação ($\chi^2(2)=7.466$, $p=.024$).

Tendo em conta a existência de formação em gerontologia, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis causas de maus-tratos – falta de educação e formação ($\chi^2(1)=7.751$, $p=.005$) e fragilidade dos idosos ($\chi^2(1)=4.852$, $p=.028$).

Relativamente à variável serviço onde exerce funções, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idosos em risco por razões económicas ($\chi^2(1)=8.623$, $p=.003$) e que pertençam a famílias problemáticas ($\chi^2(1)=4.693$, $p=.030$).

4. Discussão

Neste capítulo procura-se reflectir, de forma sucinta e crítica, os resultados anteriormente analisados, no sentido de evidenciar os seus significados e implicações, com a devida fundamentação científica. Com efeito, os dados obtidos nesta investigação permitiram compreender como as pessoas idosas, a população adulta e os profissionais percebem a complexa questão dos maus-tratos em idosos.

Para esta investigação foram estabelecidos objectivos que permitissem não só descrever a amostra e respectivos grupos quanto ao conhecimento sobre os maus-tratos em idosos, como também identificar as suas percepções acerca das tipologias, dos sinais, das causas, dos locais em que estes ocorrem e dos procedimentos de denúncia, bem como verificar se existem diferenças de percepção intra e inter-grupos no que concerne às mesmas.

Assim, convém salientar o facto da totalidade da amostra ter respondido afirmativamente quando questionada se ouviram falar de maus-tratos a idosos. Esta questão vai de encontro ao conhecimento apontado num estudo americano (Hudson et al., 2000), que reporta cerca de 90%. Contudo, nalguns países europeus, nomeadamente o Reino Unido (Daskalopoulos et al., 2006), 2 em cada 5 pessoas nunca tinham ouvido falar acerca desta temática. Também em Israel, Werner et al., (2005) reportaram metade da amostra que ouviu falar sobre esta forma de abuso, sendo que a comunicação social foi referida como o principal veículo informativo, tal como no nosso estudo, sendo que neste, a comunicação social se generaliza a todos os grupos que compunham a amostra.

Num estudo realizado na Irlanda, quando questionada a amostra acerca do que “significa o termo maus-tratos a idosos”, cerca de 29% entendem-no como “abuso geral de pessoas idosas” (HSE, 2009, p. 50), cerca de 19% como “não cuidar deles apropriadamente” e cerca de 14% como “abuso/maus-tratos físicos” (HSE, 2009, p. 50). No nosso estudo, foram consideradas as respostas que tenham sido evocadas por mais de 10% da amostra. Assim, as percepções da nossa amostra relativamente a esta questão remetem em grande medida para a agressividade (psicológica, física e verbal, por esta ordem), bem como para a ausência de cuidados básicos e o abandono, referidos por mais de 40% da amostra. Referem ainda o (des)respeito, termo pouco frequente na maioria das investigações desta temática, à excepção de Kiecker (2006), que estudou as diferenças entre as percepções da população residente em espaço urbano e rural, e dos estudos realizados na América Latina dos finais da década de 90.

A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Com efeito, o que pode ser considerado abusivo numa cultura, pode ser bastante diferente daquilo que se pensa constituir como mau-trato noutra cultura (Tatara, 1999), e, desta forma, a própria tolerância a esses mesmos abusos (Moon & Williams, 1993). Assim, um estudo português, com 34 participantes dos Arquipélagos da Madeira e dos Açores e que se reportava às diferenças culturais acerca dos maus-tratos em idosos neste país, refere a negligência, especialmente a psicológica, e os maus-tratos psicológicos como os tipos de maus-tratos a idosos mais frequentes (Mercurio & Nyborn, 2006). Já no nosso estudo, com uma amostra mais alargada e mais representativa dos grupos populacionais, as tipologias mais valorizadas são, decrescentemente, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e a negligência/abandono. Esta situação é concordante com a generalidade da maioria dos outros estudos, com a negligência, o abuso psicológico e físico a serem as formas mais conhecidas de maus-tratos, e o abuso financeiro bem como o sexual a serem os menos mencionados (NCPOP, 2009). Contudo, é de salientar que quando realizada comparação inter-grupos, se verifica uma desvalorização estatisticamente significativa por parte dos idosos relativamente aos maus-tratos físicos e psicológicos, relevando sobretudo a negligência/abandono.

Esta situação parece repercutir-se na valorização da ocorrência de maus-tratos em instituições, nomeadamente em lares e perpetrados pelos respectivos cuidadores, que os idosos referem com maior frequência do que os restantes grupos. Com efeito, tanto a população como os profissionais de saúde consideram que os maus-tratos ocorrem maioritariamente no domicílio, sendo perpetrados por familiares, o que refuta o estudo do NCPop (2009), uma vez que apesar de considerar que o mesmo possa ocorrer em qualquer contexto, a percepção da população é que o mesmo ocorra fora do contexto familiar, sobretudo em lares e nos hospitais, o que contradiz o número de denúncias relativas a maus-tratos ocorridos no domicílio, comparativamente aos lares e hospitais.

Relativamente ao processo de denúncia, mais de um terço dos idosos da nossa amostra refere não saber onde, como e a quem denunciar situações de maus-tratos, à semelhança de um estudo de Yuk-chung et al. (2008). Esta população aparenta também ter alguma dificuldade, relutância e desconforto em denunciar (NCPOP, 2009) presencialmente, preferindo fazê-lo telefonicamente, o que não acontece nem com o grupo da população, nem com o grupo dos profissionais, eventualmente dificuldade aparente em necessitarem de escrever um relatório, ou mesmo apresentarem uma queixa na polícia associada a uma baixa percepção de protecção contra este tipo de maus-tratos. Esta baixa percepção também é revelada pelo nosso estudo, tanto a nível das forças policiais, como do apoio

encontrado pelos profissionais de saúde, uma vez que a amostra apresenta-se bastante indecisa quanto à percepção da capacidade de detecção, prevenção e intervenção deste grupo específico, sendo que o grupo de idosos manifesta uma maior renitência, estatisticamente significativa, quando comparado com os restantes grupos. Também deverá ser tido em conta a percepção do idoso relativamente quanto ao maior ou menor grau de abuso, uma vez que a mesma pode direccionar o seu comportamento para a procura ou não de ajuda nessas situações (Moon & Williams, 1993). Ou seja, se não percepcionarem uma determinada situação como abusiva, não pedirão ajuda (Hudson & Carlson, 1998).

Por exemplo, Wood e Stephens (2003) verificaram que $\frac{1}{4}$ dos residentes de lares tinham pouco conhecimento dos serviços de suporte a idosos, sendo que 54% apesar de aparentarem capacidade em identificar situações abusivas, manifestavam dificuldade em gerar estratégias apropriadas para lidar com estas situações, tornando óbvio que realmente os idosos necessitam da ajuda e atenção dos outros, neste caso, dos profissionais de saúde, dos técnicos de serviço social, dos agentes da polícia, entre outros, para reportarem este tipo de casos.

Com efeito, o grupo idosos apresenta diferenças estatisticamente significativas quando comparado com os restantes grupos no que concerne às percepções acerca da capacidade dos profissionais de saúde em identificar maus-tratos, acreditando menos que os próprios profissionais de saúde nessa capacidade. Assim, ao analisar as percepções dos profissionais de saúde acerca das tipologias e dos sinais de maus-tratos, verificamos que se restringem bastante àqueles que são mais evidentes e visíveis, nomeadamente os físicos e os psicológicos. Segundo Young (2000), a maioria dos casos de maus-tratos a idosos, especialmente os de negligência, não são identificados pelos médicos, uma vez que este tipo de mau-trato não é directamente observável (Welfel, Danzinger, & Santoro, 2000).

Foi assim com alguma preocupação que verificamos que a maioria da amostra não considere que os idosos estejam actualmente protegidos contra os maus-tratos. Estudos recentes referem ainda que os estudantes de Medicina se encontram pouco preparados para o reconhecimento de maus-tratos em idosos (Thompson-McCormick, Jones, Cooper & Livingston, 2009). Assim, tendo em conta que os profissionais de saúde são considerados a classe profissional ideal para identificar este tipo de situações, mas que nos Estados Unidos, há cerca de 15 anos, apenas 2% dos casos eram reportados por médicos (Rosenblatt, Cho & Durance, 1996) e que apesar dos esforços para aumentar a detecção, menos de 10% dos mesmos realizavam rastreios rotineiramente (Rodriguez, 1999), os resultados da nosso estudo aparentam evidenciar que a própria formação de base destes profissionais ainda não se

encontra actualmente adequada a esta realidade, pois verificou-se que apenas 19% tem formação em Gerontologia e 2% tem formação em maus-tratos em idosos. Assim, tal como Mosqueda (2010) acreditamos que mais profissionais especializados em Gerontologia poderão ajudar outros colegas, com maior eficácia e eficiência, na preparação para a detecção de maus-tratos e obviamente no próprio conhecimento acerca não só da avaliação destas situações como na definição de planos de actuação, sob a forma de protocolos ou *guidelines* para identificar e responder em contexto de saúde à violência doméstica nos idosos (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003).

De realçar que a percepção da população geral é aparentemente superior à da população idosa, o que nos leva a crer que as próximas gerações de idosos estarão mais aptas a recorrer às instituições não só no sentido de solicitar ajuda, como de denunciar. Como verificamos, tanto a população geral como os próprios profissionais consideram necessária uma maior formação e educação da população para esta temática, com uma maior especialização na área da Gerontologia e especificamente nos maus-tratos a idosos. Concordamos com essa indicação, uma vez que só havendo uma maior abertura e conhecimento de todos os aspectos que envolvem os maus-tratos a idosos (Christianson, 2001), será possível um reconhecimento e encaminhamento correctos destas situações.

Por exemplo, verificamos que vários tipos e sinais de abuso são muito pouco reconhecidos pelos vários grupos da amostra, nomeadamente os sexuais, a auto-negligência, os financeiros e o abandono. Ou seja, dado o seu âmbito diversificado, consideramos extremamente importante a articulação entre a Saúde, o Serviço Social e as Autoridades, com o estabelecimento de parcerias e protocolos que permitam a rápida detecção destes casos, o que, de resto, é também considerado pela generalidade da amostra, na medida em que julga ser maioritariamente importante maior apoio e assistência quando questionados sobre que medidas deveriam ser implementadas para a diminuição dos maus-tratos em idosos.

Finalmente, tendo em conta que a nossa amostra considera claramente os idosos dependentes como aqueles em maior risco de sofrerem maus-tratos, sendo portanto aqueles que necessitam de maiores cuidados de saúde, julgamos importante também tecer algumas considerações quanto à percepção da amostra relativamente aos profissionais de saúde em maior risco de perpetrarem maus-tratos. Nesta questão, tanto os profissionais de saúde como a população em geral considera que são os auxiliares de acção médica aquela classe profissional mais propensa. Por um lado, consideramos que esta população deverá ser incluída em posteriores estudos no sentido de verificar a realidade das suas práticas. Por outro, a educação e formação destes profissionais poderá permitir o aprimoramento

das suas práticas, o que, no nosso entender, só será possível se os restantes profissionais de saúde tiverem a formação adequada, tal como referido anteriormente, pois segundo Shaw (1998) estas situações ocorrem por treino inadequado dos profissionais.

Relativamente ao nosso estudo, devemos ter em conta que a comparação dos resultados com outros estudos é limitada, uma vez que são poucos aqueles que foram desenvolvidos com os mesmos objectivos. Assim, contrariamente a Hudson e Carlson (1998), que tentaram desenvolver uma taxonomia de abuso a idosos, comparando a percepção da população e dos profissionais de saúde, julgamos ser bastante importante perceber melhor as diferenças que parecem evidentes entre os idosos, a população e os profissionais de saúde. Como tal, julgamos ser razoável a replicação de mais estudos comparativos entre estes grupos, com amostras maiores e, se possível, de várias regiões do país. A inclusão de outros grupos de profissionais nesses estudos, nomeadamente autoridades policiais e técnicos de Serviço Social, poderá permitir compreender com maior fiabilidade a percepção e conhecimento dos mesmos no âmbito dos maus-tratos a idosos.

5. Conclusão

A violência contra idosos não é um fenómeno novo. Os idosos são vítimas de diversos tipos de violência, desde física, psicológica, económica, abandono, pelos familiares e cuidadores, até aos maus-tratos sofridos em transportes públicos, na rua ou instituições.

Contudo, até ao momento, a investigação portuguesa pouco se centrou nas percepções acerca dos maus-tratos a idosos. Com efeito, este estudo é único em Portugal, que compara três grupos, tentando traçar um quadro abrangente e comparativo.

Apesar de não se poder afirmar que este estudo fale em nome de todos os idosos, de toda a população e de todos os profissionais de saúde, devemos valorizar a sua percepção, o que nos deverá sempre levar à reflexão, à acção e à mudança. Este processo, não só permite aumentar a tomada de consciência, mas também a promoção de uma maior autonomia dos idosos e uma possibilidade de alteração social em favor da inclusão, em que a população tem um papel muito importante, uma vez que esta se encontra de momento em risco de ser futura cuidadora.

Resumidamente, este estudo aparenta demonstrar algum défice geral no conhecimento acerca dos maus-tratos em idosos, com maior incidência no grupo de idosos, que deverá continuar a tentar ser combatida. A função dos profissionais de saúde é de vital importância neste processo no sentido de Educar para a Saúde também neste âmbito, tanto os idosos como a restante população.

ANEXOS

Anexo I

Instrumentos de colheita de dados

Anexo IA

Instrumento de colheita de dados – Idosos



No âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, está a ser realizado um estudo com o intuito de definir e compreender, na óptica da população idosa, o que são os **“Maus-Tratos a Idosos”**, cuja importância e prevalência tem vindo a aumentar.

O questionário é composto por 13 itens, pedimos-lhe que responda de forma espontânea a cada uma das questões. Não há respostas certas nem erradas, o que pretendemos é a sua opinião pessoal.

A sua participação é voluntária e as suas respostas são anónimas.

Formulário de Avaliação | Código _____

Identificação e Ocupação

Sexo: _____ Idade: _____ Data de Nascimento (____/____/____)

Escolaridade: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Frequenta algum tipo de actividade?

Sim ___ Qual? _____

Não ___

Frequenta alguma Instituição:

Universidade Sénior ___ Centro de Dia ___ Outras ___ Quais? _____

Agregado Familiar e Residência

Com quem vive? (se necessário, assinale mais do que uma opção)

Sozinho ___ Acompanhado ___ especificar: _____

Qual a sua zona de residência?

Rural ___ Urbana ___

Maus-tratos a idosos

1. Já ouviu falar em maus-tratos a idosos? Sim ___ Não ___.

2. Se sim, onde ouviu falar sobre este tema?

Comunicação Social ___ Vizinhos ___ Hospital ___ Familiares ___

Outro ___ especificar: _____.

3. Diga-nos por palavras / expressões / frases o que entende por maus-tratos a idosos?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

4. Em que locais podem ocorrer maus-tratos a idosos e quem os pratica?

Local: _____ Por quem: _____

Local: _____ por quem: _____

Local: _____ por quem: _____

5. Que tipos de maus-tratos a idosos conhece?

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____ 9. _____

6. Quais são os sinais de maus-tratos a idosos?

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____ 9. _____

7. Indique as causas que contribuem para ocorrência de maus-tratos a idosos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

8. Quais os idosos com maior risco de sofrerem maus-tratos?

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

9. Acha que os idosos estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos?

Sim ___ Justifique _____

Não ___ Justifique _____

10. Se tivesse que denunciar uma situação de maus-tratos a idosos, como o fazia?

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

11. Diga-nos o que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos a idosos?

1. _____

2. _____

12. No que diz respeito aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, etc.) acha que estes têm a formação necessária para:

a) identificar a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

b) prevenir a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

c) intervir sobre a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

13. Assinale quais os profissionais de saúde com maior risco de cometer maus-tratos a idosos?

Médicos ___ Enfermeiros ___ Auxiliares de Acção Médica ___

Fisioterapeutas ___ Assistente Social ___ Outros ___ especificar: _____

Anexo IB

Instrumento de colheita de dados – População



No âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, está a ser realizado um estudo com o intuito de definir e compreender, na óptica da população portuguesa, o que são os **“Maus-Tratos a Idosos”**, cuja importância e prevalência tem vindo a aumentar.

O questionário é composto por 13 itens, pedimos-lhe que responda de forma espontânea a cada uma das questões. Não há respostas certas nem erradas, o que pretendemos é a sua opinião pessoal.

A sua participação é voluntária e as suas respostas são anónimas.

Formulário de Avaliação | Código _____

Identificação

Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Agregado Familiar e Residência

Com quem vive? (se necessário, assinale mais do que uma opção)

Sozinho ___ Cônjuge ___ Filhos ___ Outros ___ especificar: _____

Qual a sua zona de residência?

Rural ___ Urbana ___

Maus-tratos a idosos

1. Já ouviu falar em maus-tratos a idosos? Sim ___ Não ___.

2. Se sim, onde ouviu falar sobre este tema?

Comunicação Social ___ Vizinhos ___ Hospital ___ Familiares ___

Outro ___ especificar: _____.

3. Diga-nos por palavras / expressões / frases o que entende por maus-tratos a idosos?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. Em que locais podem ocorrer maus-tratos a idosos e quem os pratica?

Local: _____ Por quem: _____

Local: _____ por quem: _____

Local: _____ por quem: _____

5. Que tipos de maus-tratos a idosos conhece?

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ | 9. _____ |

6. Quais são os sinais de maus-tratos a idosos?

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ | 9. _____ |

7. Indique as causas que contribuem para ocorrência de maus-tratos a idosos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

8. Quais os idosos com maior risco de sofrerem maus-tratos?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

9. Acha que os idosos estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos?

Sim ___ Justifique _____

Não ___ Justifique _____

10. Se tivesse que denunciar uma situação de maus-tratos a idosos, como o fazia?

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

11. Diga-nos o que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos a idosos?

1. _____
2. _____

12. No que diz respeito aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, etc.) acha

que estes têm a formação necessária para:

a) identificar a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

b) prevenir a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

c) intervir sobre a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

13. Assinale quais os profissionais de saúde com maior risco de cometer maus-tratos a idosos?

Médicos ___ Enfermeiros ___ Auxiliares de Acção Médica ___

Fisioterapeutas ___ Assistente Social ___ Outros ___ especificar: _____

Anexo IC

*Instrumento de colheita de dados – Profissionais
de Saúde*



No âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, está a ser realizado um estudo com o intuito de definir e compreender, na óptica dos profissionais de saúde, o que são os **“Maus-Tratos a Idosos”**, cuja importância e prevalência tem vindo a aumentar.

O questionário é composto por 13 itens, pedimos-lhe que responda de forma espontânea a cada uma das questões. Não há respostas certas nem erradas, o que pretendemos é a sua opinião pessoal.

A sua participação é voluntária e as suas respostas são anónimas.

Formulário de Avaliação | Código _____

Identificação e Ocupação Profissional

Gênero: _____ Idade: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Experiência profissional: _____ anos.

Possui alguma formação na área gerontológica / geriátrica? Sim ___ Não ___

Possui alguma formação específica acerca de maus-tratos a idosos? Sim ___ Não ___

Qual o Serviço em que exerce funções? _____

Com que frequência lida na sua prática profissional com situações de maus-tratos a idosos?

Nunca ___ Quase nunca ___ Por vezes ___ Quase sempre ___ Sempre ___

Maus-tratos a idosos

1. Já ouviu falar em maus-tratos a idosos? Sim ___ Não ___.

2. Se sim, onde ouviu falar sobre este tema?

Comunicação Social ___ Vizinhos ___ Hospital ___ Familiares ___

Outro ___ especificar: _____.

3. Diga-nos por palavras / expressões / frases o que entende por maus-tratos a idosos?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. Em que locais podem ocorrer maus-tratos a idosos e quem os pratica?

Local: _____ Por quem: _____

Local: _____ por quem: _____

Local: _____ por quem: _____

5. Que tipos de maus-tratos a idosos conhece?

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ | 9. _____ |

6. Quais são os sinais de maus-tratos a idosos?

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ | 9. _____ |

7. Indique as causas que contribuem para ocorrência de maus-tratos a idosos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

8. Quais os idosos com maior risco de sofrerem maus-tratos?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

9. Acha que os idosos estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos?

Sim ___ Justifique _____

Não ___ Justifique _____

10. Se tivesse que denunciar uma situação de maus-tratos a idosos, como o fazia?

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

Local: _____ a quem: _____ Como: _____

11. Diga-nos o que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos a idosos?

1. _____
2. _____

12. No que diz respeito aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, etc.) acha

que estes têm a formação necessária para:

a) identificar a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

b) prevenir a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

c) intervir sobre a ocorrência de maus-tratos? Sim ___ Não ___ Não sabe ___.

13. Assinale quais os profissionais de saúde com maior risco de cometer maus-tratos a idosos?

Médicos ___ Enfermeiros ___ Auxiliares de Acção Médica ___

Fisioterapeutas ___ Assistente Social ___ Outros ___ especificar: _____

Anexo II

Formulário de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos de investigação, declaro que aceitei participar de livre vontade no estudo que está a ser realizado sobre percepções acerca dos maus-tratos a idosos pelo Curso de Mestrado em Psicogerontologia (Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte). Neste estudo procura-se obter diversos dados dos idosos, da população e dos profissionais de saúde para recolher indicadores que permitam compreender melhor os maus-tratos a idosos e todos os circunstancialismos que lhe estão inerentes.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Anexo III

Abstract para submissão de comunicação oral

Título

Maus-tratos na terceira idade: percepções dos idosos, da população e dos profissionais de saúde

Autores

Nunes, D., Leite, M., Serra, A.

Instituição

Departamento de Psicologia Clínica do ISCS-N, CESPU

Palavras-chave

Maus-tratos; Terceira idade; Percepções; População; Profissionais de Saúde

Resumo

O aumento do número de idosos traz novos problemas sociais à sociedade contemporânea. Deste, os maus-tratos são apenas um de muitos que, entre nós, parece ainda não ter sido reconhecido como tal (Ferreira-Alves, 2005).

Este estudo procura avaliar a percepção acerca dos maus-tratos no idoso, em três grupos (N=90): Profissionais de Saúde (PS), População em Geral (PG) e População Idosa (PI), através de um questionário semi-estruturado elaborado para o efeito.

De uma forma geral, os resultados revelam que todos os grupos consideram que a maioria das situações de maus-tratos ocorre no domicílio, perpetrada por familiares. Divergem nas tipologias de maus-tratos mais frequentes, uma vez que a PI releva a negligência/abandono, a PG os maus-tratos psicológicos e os PS a agressão física. Todos os grupos consideram como sinais/indicadores mais evidentes os psicológicos/emocionais. Quanto à prevenção, a PI considera que é necessária maior assistência e apoio, enquanto os PS e a PG valorizam a necessidade de maior educação/formação. Tanto os PS como a PI consideram que a maioria dos técnicos é capaz de identificar, prevenir e intervir sobre os maus-tratos. Contudo, a maioria da PG julga que os técnicos não estão habilitados para a prevenção. A PI considera ainda que qualquer profissional poderá ser um potencial agressor, enquanto a PG e os PS referem os auxiliares de acção médica como a categoria profissional mais propensa para ser maltratante.

Nota: Este resumo foi submetido e aceite pela Comissão Científica das XII Jornadas de Psicologia Clínica, para comunicação, “Repensar a Psicologia em Portugal e na Europa Especialidades, Requisitos e Competências”, dia 1 de Abril de 2010, pelas 17h.

Anexo IV

*Artigo em formato publicável em revista com
peer-review*

Título: Maus-tratos na terceira idade: percepções dos idosos, da população e dos profissionais de saúde

Autores: Nunes, D., Leite, M., Serra, A.

Resumo

O aumento do número de idosos levanta inúmeros desafios à sociedade contemporânea e novos problemas sociais, dos quais os maus-tratos são apenas um de muitos que, entre nós, parece ainda não ter sido reconhecido como tal (Ferreira-Alves, 2005). Desta forma, estabelecemos como principais objectivos deste estudo a identificação e comparação das percepções dos idosos (PI), da população em geral (PG) e dos profissionais de saúde (PS) acerca dos maus-tratos a idosos. Para tal, a amostra é constituída por 90 participantes, 30 por cada grupo. A média das idades no PI é de 70,93 anos ($DP=5,017$), no PG de 49,04 anos ($DP=12,456$), e no PS a média é de 35,50 anos ($DP=11,887$). Predomina o género feminino nos três grupos (PI-76,7%; PG-56,7; PS-60%).

Foi realizado um estudo exploratório descritivo, segundo uma abordagem qualitativa cujas respostas de evocação livre categorizadas e quantitativa, com recurso ao programa SPSS v17.0. Assim, para a recolha de dados foi utilizado como instrumento uma entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas. Os resultados obtidos revelam que todos os grupos já ouviram falar de maus-tratos a idosos através da comunicação social. Consideram que a maioria das situações de maus-tratos ocorre no domicílio (PI-56,7%; PG-83,3%; PS-93,3%), perpetrada por familiares (PI-50%; PG-83,3%; PS-93,3%). Divergem nas tipologias de maus-tratos mais frequentes, uma vez que a PI releva a negligência/abandono (63,3%), a PG os maus-tratos psicológicos (83,3%) e o PS a agressão física (96,7%). Todos os grupos consideram como sinais / indicadores mais evidentes os psicológicos / emocionais (PI-76,7%, PG-86,7%, PS-90%). Quanto à prevenção, a PI (36,7%) considera que é necessária maior assistência e apoio, enquanto o PS (70%) e a PG (60%) valorizam a necessidade de maior educação / formação. Tanto o PI como o PS consideram que a maioria dos técnicos é capaz de identificar (PI-46,7%; PS-63,3%), prevenir (PI-43,3%; PS-43,3%) e intervir (PI-60%; PS-56,7%) nos maus-tratos. Contudo, a maioria da PG julga que os técnicos não estão habilitados para a prevenção (PG-53,3%). O PI considera ainda que qualquer profissional (26,7%) poderá ser um potencial agressor, enquanto a PG (36,7%) e o PS (43,3%) referem os auxiliares de acção médica como a categoria profissional mais propensa para ser maltratante.

Este estudo reforça a importância da criação de estruturas em rede entre a Saúde, o Serviço Social e as Autoridades que permitam uma resposta mais eficaz, bem como uma maior educação formação não só dos profissionais, como também da população em geral e dos próprios idosos.

Palavras-chave: Maus-tratos; Terceira idade; Percepções; População; Profissionais de Saúde.

Maus-tratos

Actualmente, “muitos técnicos de saúde e forenses, bem como a opinião pública em geral, parecem estar mais conscientes do que nunca do fenómeno dos maus-tratos na infância, bem como da violência conjugal. De forma significativamente menos consciente está o problema dos maus-tratos e negligência exercidos contra pessoas idosas por parte dos seus cuidadores” (Ferreira-Alves, s.d.). Segundo Oliveira (2008), «os maus-tratos aos idosos assemelham-se aos perpetrados sobre as crianças, dada a fragilidade e dependência de ambas as idades» (p.97).

Tendo em conta as transformações demográficas, especialmente as mudanças dos padrões de distribuição das idades, «o aumento do número de idosos levanta inúmeros desafios à sociedade contemporânea e novos problemas sociais, dos quais o mau-trato é apenas um de muitos que, entre nós, parece ainda não ter sido reconhecido como tal» (Ferreira-Alves, 2005, p. 1).

Em Portugal, segundo dados da APAV (2008), é possível observar que de 2006 a 2007 se verificou um aumento de 20,4% do total de pessoas idosas vítimas de crime, ou seja, de 545 vítimas registadas em 2006, passou-se a 656 em 2007. Entre 2000 e 2007, a APAV recebeu 3459 pessoas idosas vítimas de crime. Entre 2000 e 2009 verificou-se um aumento percentual muito significativo de cerca de 120% (APAV, 2010).

Devido a esta tendência crescente, e na ausência de estudos do género em Portugal, torna-se necessário identificar as principais percepções sobre os maus-tratos a idosos para se poder compreender de forma sustentada este fenómeno e, posteriormente, se poder intervir de forma mais eficaz, desenvolvendo concretamente programas de prevenção e informação/educação.

Sendo assim, este trabalho, procura definir e compreender o que são os maus-tratos nos idosos e quais as implicações nas suas várias dimensões, na óptica da população desta faixa etária, de profissionais de saúde que podem contactar com esta problemática no âmbito da prática profissional e, ainda na “população em geral”, procurando contribuir para a resposta ao repto de Dias (2009) de que é urgente promover o envelhecimento satisfatório e activo da nossa população.

Maus-Tratos a Idosos

A violência entre pessoas e grupos tem estado sempre presente na história da humanidade, mas apenas a partir do seu vertiginoso crescimento nas últimas décadas e as decorrentes consequências, passou a constituir um novo desafio para a sociedade contemporânea.

Dada a sua complexidade, é extremamente difícil encontrar uma definição de maus-tratos a pessoas idosas que seja aceite por todos e que contenha todos os elementos que permitam identificar a ocorrência de vitimação. São múltiplos os conceitos utilizados neste âmbito, como, maus-tratos,

abuso, negligência, abandono, violência. Cada termo pode ter diferentes significados dependendo do autor, do enquadramento teórico e do contexto em que é aplicado. Segundo a Declaração de Toronto (2002), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos nos idosos como «acção única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angustia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança». Lafarga (2006) acresce a esta definição alguns aspectos pertinentes: o dano causado pode ser intencional ou não, pode ocorrer em meio familiar, comunitário ou institucional, mas vulnerabiliza ou põe em risco a integridade física e psicológica, assim como o princípio da autonomia e o resto dos direitos do indivíduo. De facto, os maus-tratos são acções ou omissões que desrespeitam direitos fundamentais da pessoa. Sendo elevada a probabilidade de consequências emocionais e psicológicas muito graves a curto, médio e longo prazo.

São sempre praticados por pessoas que estão numa posição de autoridade ou confiança, o que acentua o seu desvalor e a gravidade dos efeitos.

Quando os maus tratos são intencionais, são especialmente censuráveis, nomeadamente os que implicam ofensas físicas, psicológicas, sexuais, ou prejuízos patrimoniais. Mas os maus tratos cometidos sem intenção de fazer mal, por ignorância, incompreensão ou insensibilidade, como, por exemplo, não facilitar o convívio do idoso com a família ou pessoas para ele significativas, não dar a atenção devida aos seus gostos, anseios, sofrimentos, medos, frustrações, descuidar aspectos da intimidade e da sensibilidade do idoso, da sua higiene e conforto, são também inaceitáveis, pela inconsideração de direitos e necessidades fundamentais da pessoa que implicam e pelas consequências nefastas que podem determinar.

É importante ressaltar, no entanto, que os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

Tipos de Maus-tratos em Idosos

Após revisão bibliográfica é importante referir que tal como nas teorias, tanto as definições como as tipologias de maus-tratos variam na literatura (Payne, Berg & Byars et al., 1999), tendo em consideração a dificuldade em discernir dados objectivos de dados subjectivos, dadas as diferenças culturais, entre outras razões, sendo que poderão então classificar-se em vários tipos (Hirsch, Stratton & Loewy, 1999; Minayo, 2004; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006), nomeadamente:

Físicos: Uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade permanente ou temporária. Inclui, golpes, queimaduras, alimentação forçada, utilização injustificada de restrições físicas, uso inapropriado de fármacos, fracturas, etc.

Psicológicos ou emocionais: que causam intencionalmente angústia, pena, sentimentos de indignidade, medo ou stress mediante actos verbais ou não verbais, com o objectivo de aterrorizar os idosos, os humilhar, restringir a sua liberdade ou isolá-los do convívio social. Inclui as ameaças (de dano físico, de institucionalização, etc.), manipulação, humilhações, chantagem afectiva, desprezo ou privação do poder de decisão, negação do afecto, isolamento e marginalização.

Sexuais: que contemplam comportamentos (gestos, insinuações, exibicionismo, etc.) ou contacto sexual de qualquer tipo (homo ou heterorrelacional), tentativa ou efectivado, não consentido ou com pessoas incapazes de dar consentimento. Inclui, relação sexual forçada (fisicamente ou por ameaça), exigência actos sexuais não apreciados, exigência carícias forçadas, toques inadequados, pornografia (vivência e exposição), assédio verbal com natureza sexual explícita ou implícita, atentado contra o pudor, nudez forçada.

Exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades e bens. Inclui, falsificação assinatura, desvio de fundos, modificação manipulada de testamento ou documento jurídico, fraudes várias, furtos, roubos por pessoas de confiança.

Negligência e abandono: deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados. Claudicação total resultante de negligência (intencional ou não).

Auto-abandono ou auto-negligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. Exclui situações nas quais uma pessoa mentalmente capaz (que compreende as consequências) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em actos que ameaçam a sua saúde ou segurança. Inclui aplicação a uma gama muito vasta de comportamentos de negligência e não apenas em situações de ausência de recursos ou capacidades para levar a cabo devidamente as actividades necessárias para assegurar o seu bem-estar.

Obstinação diagnóstica: que se prende com a realização de exames de diagnóstico para aumentar o conhecimento sobre a patologia ou situação clínica de um paciente, sem que se perceba os seus benefícios.

Obstinação terapêutica: utilização meios desproporcionados para prolongar artificialmente a vida biológica de um paciente com doença terminal. Vulnerabilidade de direitos (Lafarga, 2006), que consiste na limitação ao acesso a direitos elementares que não estão directamente contempladas nas outras tipologias, que inclui, dignidade e respeito enquanto cidadão, intimidade e confidencialidade, participação, liberdade de escolha, ausência de discriminação, persistência médica e à terapêutica.

De acordo com o National Elder Abuse Incidence Study (1998, cit. por Ferreira-Alves, 2005), a negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos (48,7%), seguida do abuso emocional/psicológico (35,5%), abuso financeiro ou material (30,2%) e o abuso físico (25,6%). Já num estudo desenvolvido numa instituição geriátrica norte-americana, Vida, Monks e Rosiers (2002) o abuso financeiro foi o mais extenso com 13%, seguido da negligência (6%) e do abuso múltiplo de (6%), do abuso emocional (4%) e do abuso físico (2%). Neste estudo, os filhos são os principais perpetradores com 47,3% de incidentes relatados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,6%). Em quase 90% de incidentes de abuso e negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes, 2/3 são filhos ou cônjuges.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 90 indivíduos, organizados em 3 grupos, PI ($n=30$), PS ($n=30$) e os restantes 30 participantes correspondem ao PG. Assim, quanto à idade verifica-se que a amostra global varia entre os 19 e os 81 anos sendo a média das idades de 51,89 anos ($DP=18,00$). No PI, a média das idades é de 70,93 anos ($DP=5,01$); no PG, de 49,04 anos ($DP=12,45$); e no PS a média é de 35,50 anos ($DP=11,88$). Predomina o género feminino, quer na amostra global (64,4%), quer nos três grupos (PI-76,7%; PG-56,7; PS-60%). Quanto à escolaridade, a maioria (73,3%) tem apenas o 1º ciclo, 10 % tem o 2º ciclo e o 3º ciclo. Apenas 6,7% tem o secundário. Na sua maioria (63,3%) são casados, sendo que 30% já são viúvos e apenas 3,3% se mantêm solteiros. Em termos laborais, 80% encontram-se actualmente aposentados, 13,3% são domésticas e 6,7% são comerciantes. A totalidade do PS encontra-se activo profissionalmente.

Resultados

A maioria dos idosos (46,7%) vive apenas com o respectivo cônjuge, 26,7% vive sozinho, 10% vive com o cônjuge e filhos e igual número vive apenas com os filhos. Finalmente, 6,7% coabita com o cônjuge, filhos e netos. 63,3% reside em centros urbanos e 30% em zonas rurais. Quanto à manutenção de realização de actividades, 66,7% frequentam actividades de diversa índole e 33,3% não frequenta, 43,3% frequenta Universidades Séniores e 56,7% não frequenta qualquer tipo de instituição.

Quando questionados se ouviram falar de maus-tratos na terceira idade, 100% ($n=90$) da amostra, responde afirmativamente, tendo tomado conhecimento quase exclusivamente através da comunicação social (PI-93,3%; PG-96,7%; PS-83,3%), o que remete para a inexistência de uma

associação estatisticamente significativa entre as fontes de informação sobre os maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=13.317, p=.101$).

Esta é uma questão de evocação sistemática (lista livre), o que obrigou à realização de um Acordo de Juízes sobre as percepções de maus-tratos. Por conseguinte, as evocações da percepção de maus-tratos dos 90 sujeitos foram submetidas a um acordo entre 3 juízes no sentido de se formar agrupamentos de percepções similares, mas evocados por palavras diferentes. Na tabela 5, expomos as percepções que foram evocadas por pelo menos 10% dos participantes. Como se pode verificar, 8 das percepções cumprem este critério, significando que 42.1% das palavras foram evocadas por pelo menos 10% da amostra. De salientar que estas 8 percepções são já o resultado do acordo entre juízes. Isto quer dizer que foram agrupadas numa mesma percepção mas podem ter sido evocadas por palavras diferentes. Por exemplo, a percepção que foi formulada como “Ausência de cuidados básicos”, resulta do agrupamento de respostas como “ não dar alimentação”, “pouca assistência” e “falta de higiene”.

Quando questionados acerca da prática de maus-tratos, a maioria da amostra refere o Domicilio como local preferencial de prática de maus-tratos (PI-56.7%; PG-83.3%; PS-93.3%). O estudo comparativo entre grupos, demonstrou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre local de prática dos maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=22.700, p=.004$), sobretudo entre PI e PS ($\chi^2(4)=15.022, p=.005$).

Relativamente a quem pratica (tabela 6), a maioria da amostra refere que são perpetrados por familiares cuidadores (PI-50%; PG-83.3%; PS-93.3%). Também se verifica uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=20.891, p=.007$). Estas diferenças apresentam-se como estatisticamente significativas entre o PI e o PS ($\chi^2(3)=9.016, p=.029$).

Relativamente ao local de denúncia, a maioria da amostra refere as forças policiais (PI-46.7%; PG-53.3%; PS-53.3%), considerando as autoridades (PI-46.7%; PG-50%; PS-60%), como as entidades indicadas para registarem a denúncia. No entanto, salienta-se que houveram vários sujeitos que não responderam ou não souberam responder às questões relativas ao local (11 PI e 2PG), e às entidades/pessoas propriamente ditas (12 PI, 3PG e 2PS).

O estudo comparativo entre grupos, demonstrou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre local de denúncia dos maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=45.432, p=.000$). Com efeito, os grupos divergem todos entre si de forma estatisticamente significativa (PIxPG: $\chi^2(5)=14.475, p=.013$; PIxPS: $\chi^2(5)=30.133, p=.000$; PGxPS: $\chi^2(5)=15.164, p=.010$).

O mesmo se verifica relativamente à variável a quem denunciar, e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=19.413, p=.035$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(5)=13.434, p=.020$) e entre PI e PS ($\chi^2(5)=12.754, p=.026$).

Quanto ao procedimento propriamente dito, ou seja, como proceder à denúncia, a denúncia pessoal reapresenta a opção mais escolhida pela PG (63.35%) e pela PS (40%). No que concerne à PI, dos 53.3% respondentes a esta questão, a opinião divide-se entre a denúncia telefónica e a pessoal. Nesta questão, também se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=23.961, p=.001$). Na comparação entre grupos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PG ($\chi^2(3)=12.666, p=.005$) e entre PI e PS ($\chi^2(5)=11.391, p=.006$).

A maioria da população da amostra considera que os idosos não estão devidamente protegidos para a ocorrência de maus-tratos (PI-90%; PG-90%; PS-96.7%), considerando os profissionais de saúde como tendo formação suficiente para identificar a ocorrência de maus-tratos (PI-46.7%; PG-63.3%; PS-63.3%) (Tabela 8). Apesar disso, verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a percepção acerca da formação dos profissionais para identificar nos maus-tratos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=11.533, p=.021$). Numa análise mais aprofundada, esta diferença verifica-se especificamente entre PI e PS ($\chi^2(2)=9.121, p=.010$).

Relativamente à formação dos profissionais de saúde para prevenir a ocorrência de maus-tratos, PI e PS consideram que sim (PI-43.3%; PS-43.3%), enquanto a PG considera que os profissionais de saúde não possuem formação para prevenir a ocorrência dos maus-tratos (PG-53.3%). Quanto à formação dos profissionais de saúde para intervir numa situação de maus-tratos, a maioria da amostra considera que estes têm a formação adequada (PI-60%; PG-46.7%; PS-56.7%).

No que concerne à questão dos profissionais de saúde, que consideram em maior risco de perpetuarem maus-tratos, a maioria da PG e dos PS consideram os auxiliares de acção médica (PG-36.7%; PS-43.3%), enquanto, a PI refere todos os profissionais de saúde (PI-26.7%), de uma forma global. Salienta-se que alguns (PI-26.7%), não sabem ou não respondem a esta questão. No estudo comparativo entre grupos, verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os diferentes grupos ($\chi^2(2)=27.786, p=.015$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(2)=20.955, p=.004$).

No que respeita as tipologias de maus-tratos, automaticamente ressalta-nos o facto de todos os indivíduos considerarem os físicos (PI- 56.7%, PG- 80%, PS – 96,7%), a negligência/abandono (PI- 63,3%, PG- 76,7%, PS – 56,7%) e os psicológicos (PI- 36.7%, PG- 83,3%, PS – 90%), como os

mais prevalentes, não identificando os maus-tratos sexuais, por auto-negligência/auto-abandono, obstinação terapêutica e obstinação diagnóstica.

Contudo, se fizermos uma análise intra-grupo, constata-se diferenças na valorização de cada uma destas formas de maus tratos. Assim, por ordem decrescente, a PI identifica primordialmente a negligência/abandono (63,3%), seguida dos físicos (56,7%) e finalmente os psicológicos (36,7%), não lhes dando grande relevância. A PG, considera os psicológicos como os principais (83,3%), seguidos dos físicos (80%) e da negligência/abandono. Os PS, identificam os físicos como os mais prevalentes (96,7%), seguindo-se os psicológicos (90%) e finalmente, a negligência/abandono (56,7%).

A análise comparativa entre grupos demonstra a existência de uma associação estatisticamente significativa dos maus-tratos físicos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=14.014$, $p=.001$). Numa análise mais aprofundada verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PS ($\chi^2(1)=13.416$, $p=.000$) e entre PG e PS ($\chi^2(1)=4.043$, $p=.044$). Quanto aos psicológicos também se verifica a existência de uma associação estatisticamente significativa nos diferentes grupos ($\chi^2(8)=24.127$, $p=.000$), sobretudo, entre PI e PG ($\chi^2(1)=13.611$, $p=.000$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=18.373$, $p=.000$).

No que concerne aos sinais de maus-tratos, os físicos (PI- 30%, PG- 70%, PS – 90%), psicológicos/emocionais (PI- 76,7%, PG- 86,7%, PS – 90%), e a negligência (PI- 16,7%, PG- 40%, PS – 63,3%), constituem os mais evidenciados pelos três grupos populacionais. No entanto, a maioria da amostra não consideram o abandono (PI- 83,3%, PG- 86,7%, PS – 86,7%), e os indicadores financeiros (PI- 96,7%, PG- 93,3%, PS – 86,7%), como sinais importantes/evidentes na sinalização dos maus-tratos, tendo negligenciado por completo os sinais de auto-negligência e os sexuais.

A análise intra-grupo, permite-nos verificar que existem valorizações diferentes entre os três grupos, no que concerne aos vários sinais de maus-tratos identificados. Sendo assim, por ordem decrescente, a PI valoriza sobretudo os sinais psicológicos/emocionais (76,7%), seguidos dos físicos (30%), abandono e negligência (ambos com 16,7%) e em último lugar os financeiros (3,3%). A PG, também enaltece os psicológicos/emocionais (86,7%), os físicos (70%), negligência (40%), abandono (13,3%) e o financeiros (6,7%). Os PS, identificam de igual forma os físicos e psicológicos (ambos com 90%), seguindo-se a negligência (63,3%), e finalmente o abandono e os financeiros (ambos com 13,3%).

A análise inter-grupo, demonstra a existência de uma associação estatisticamente significativa entre os sinais físicos e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=24.11$, $p=.000$). Numa análise mais aprofundada

verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PG ($\chi^2(1)=9.600$, $p=.002$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=22.500$, $p=.000$). O mesmo se verifica relativamente aos sinais de negligência ($\chi^2(8)=13.611$, $p=.001$), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre PI e PG ($\chi^2(1)=4.022$, $p=.045$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=13.611$, $p=.000$).

A análise intra-grupo, permite-nos verificar que existem valorizações diferentes entre os três grupos (tabela 11), no que concerne às causas para ocorrência de maus-tratos. Sendo assim, por ordem decrescente, a PI valoriza sobretudo a ausência de afectividade (36,7%), bem como dos financeiros (36,7%), seguidos da falta de educação e formação (33,3%). A PG, também enaltece as causas financeiras (50%), seguida do stress/impaciência/falta de tempo (40%) e ausência de afectividade (36,7%). Os PS identificam primeiramente a falta de educação e formação (60%), seguindo-se a ausência de afectividade (50%) e o stress/impaciência/falta de tempo (50%).

Na análise intra-grupo desta questão verificamos que o PI considera primeiramente os idosos dependentes (46,7%), seguido das condições económicas (26,7%) e dos idosos abandonados (23,3%). O PG também considera os idosos dependentes (70%), seguido das condições económicas (36,7%), os abandonados (23,3%) e aqueles inseridos em famílias problemáticas (23,3%). Finalmente, o PS releva os idosos dependentes (60,0%), seguidos dos idosos inseridos em famílias problemáticas (43,3%) e as condições económicas (36,7%). Numa análise inter-grupo verifica-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a variável famílias problemáticas e os diferentes grupos ($\chi^2(2)=13.416$, $p=.001$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(1)=5.192$, $p=.023$) e entre PI e PS ($\chi^2(1)=13.416$, $p=.000$).

Quando questionados acerca do que se poderá fazer para diminuir os maus-tratos, na análise intra-grupo verificamos que o PI remete primeiramente para um maior apoio e assistência (36,7%), seguido de educação e formação (23,3%). O PG considera a educação e a formação (60%), seguido de maior apoio e assistência (46,7%) e maior segurança e vigilância (26,7%). O PS evidencia a educação e formação (70%), seguido de maior apoio e assistência (43,3%) e denunciar (36,7%).

Após análise inter-grupo verifica-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a variável denunciar e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=6.938$, $p=.031$), mais especificamente entre PI e PS ($\chi^2(1)=5.963$, $p=.015$). Finalmente também se verifica uma associação estatisticamente significativa entre a variável mais segurança e vigilância e os diferentes grupos ($\chi^2(8)=9.231$, $p=.010$), mais especificamente entre PI e PG ($\chi^2(1)=9.231$, $p=.002$) e PI e PS ($\chi^2(1)=4.286$, $p=.038$).

Discussão

Assim, convém salientar o facto da totalidade da amostra ter respondido afirmativamente quando questionada se ouviram falar de maus-tratos a idosos. Esta questão vai de encontro ao conhecimento apontado num estudo americano (Hudson et al., 2000), que reporta cerca de 90%. Contudo, nalguns países europeus, nomeadamente o Reino Unido (Daskalopoulos et al., 2006), 2 em cada 5 pessoas nunca tinham ouvido falar acerca desta temática. Também em Israel, Werner et al., (2005) reportaram metade da amostra que ouviu falar sobre esta forma de abuso, sendo que a comunicação social foi referida como o principal veículo informativo, tal como no nosso estudo, sendo que neste, a comunicação social se generaliza a todos os grupos que compunham a amostra.

Num estudo realizado na Irlanda, quando questionada a amostra acerca do que “significa o termo maus-tratos a idosos”, cerca de 29% entendem-no como “abuso geral de pessoas idosas” (HSE, 2009, p. 50), cerca de 19% como “não cuidar deles apropriadamente” e cerca de 14% como “abuso/maus-tratos físicos” (HSE, 2009, p. 50). No nosso estudo, foram consideradas as respostas que tenham sido evocadas por mais de 10% da amostra. Assim, as percepções da nossa amostra relativamente a esta questão remetem em grande medida para a agressividade (psicológica, física e verbal, por esta ordem), bem como para a ausência de cuidados básicos e o abandono, referidos por mais de 40% da amostra. Referem ainda o (des)respeito, termo pouco frequente na maioria das investigações desta temática, à excepção de Kiecker (2006), que estudou as diferenças entre as percepções da população residente em espaço urbano e rural, e dos estudos realizados na América Latina dos finais da década de 90.

A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Com efeito, o que pode ser considerado abusivo numa cultura, pode ser bastante diferente daquilo que se pensa constituir como mau-trato noutra cultura (Tatara, 1999), e, desta forma, a própria tolerância a esses mesmos abusos (Moon & Williams, 1993). Assim, um estudo português, com 34 participantes dos Arquipélagos da Madeira e dos Açores e que se reportava às diferenças culturais acerca dos maus-tratos em idosos neste país, refere a negligência, especialmente a psicológica, e os maus-tratos psicológicos como os tipos de maus-tratos a idosos mais frequentes (Mercurio & Nyborn, 2006). Já no nosso estudo, com uma amostra mais alargada e mais representativa dos grupos populacionais, as tipologias mais valorizadas são, decrescentemente, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e a negligência/abandono. Esta situação é concordante com a generalidade da maioria dos outros estudos, com a negligência, o abuso psicológico e físico a serem as formas mais conhecidas de maus-tratos, e o abuso financeiro

bem como o sexual a serem os menos mencionados (NCPOP, 2009). Contudo, é de salientar que quando realizada comparação inter-grupos, se verifica uma desvalorização estatisticamente significativa por parte dos idosos relativamente aos maus-tratos físicos e psicológicos, relevando sobretudo a negligência/abandono.

Relativamente ao processo de denúncia, mais de um terço dos idosos da nossa amostra refere não saber onde, como e a quem denunciar situações de maus-tratos, à semelhança de um estudo de Yuk-chung et al. (2008). Esta população aparenta também ter alguma dificuldade, relutância e desconforto em denunciar (NCPOP, 2009) presencialmente, preferindo fazê-lo telefonicamente, o que não acontece nem com o grupo da população, nem com o grupo dos profissionais, eventualmente dificuldade aparente em necessitarem de escrever um relatório, ou mesmo apresentarem uma queixa na polícia associada a uma baixa percepção de protecção contra este tipo de maus-tratos, Esta baixa percepção também é revelada pelo nosso estudo, tanto a nível das forças policiais, como do apoio encontrado pelos profissionais de saúde, uma vez que a amostra apresenta-se bastante indecisa quanto à percepção da capacidade de detecção, prevenção e intervenção deste grupo específico, sendo que o grupo de idosos manifesta uma maior renitência, estatisticamente significativa, quando comparado com os restantes grupos. Também deverá ser tido em conta a percepção do idoso relativamente quanto ao maior ou menor grau de abuso, uma vez que a mesma pode direccionar o seu comportamento para a procura ou não de ajuda nessas situações (Moon & Williams, 1993). Ou seja, se não percepcionarem uma determinada situação como abusiva, não pedirão ajuda (Hudson & Carlson, 1998).

Por exemplo, Wood e Stephens (2003) verificaram que $\frac{1}{4}$ dos residentes de lares tinham pouco conhecimento dos serviços de suporte a idosos, sendo que 54% apesar de aparentarem capacidade em identificar situações abusivas, manifestavam dificuldade em gerar estratégias apropriadas para lidar com estas situações, tornando óbvio que realmente os idosos necessitam da ajuda e atenção dos outros, neste caso, dos profissionais de saúde, dos técnicos de serviço social, dos agentes da polícia, entre outros, para reportarem este tipo de casos.

De realçar que a percepção da população geral é aparentemente superior à da população idosa, o que nos leva a crer que as próximas gerações de idosos estarão mais aptas a recorrer às instituições não só no sentido de solicitar ajuda, como de denunciar. Como verificamos, tanto a população geral como os próprios profissionais consideram necessária uma maior formação e educação da população para esta temática, com uma maior especialização na área da Gerontologia e especificamente nos maus-tratos a idosos. Concordamos com essa indicação, uma vez que só havendo uma maior abertura e conhecimento de todos os aspectos que envolvem os maus-tratos a

idosos (Christianson, 2001), será possível um reconhecimento e encaminhamento correctos destas situações.

Finalmente, tendo em conta que a nossa amostra considera claramente os idosos dependentes como aqueles em maior risco de sofrerem maus-tratos, sendo portanto aqueles que necessitam de maiores cuidados de saúde, julgamos importante também tecer algumas considerações quanto à percepção da amostra relativamente aos profissionais de saúde em maior risco de perpetrarem maus-tratos. Nesta questão, tanto os profissionais de saúde como a população em geral considera que são os auxiliares de acção médica aquela classe profissional mais propensa. Por um lado, consideramos que esta população deverá ser incluída em posteriores estudos no sentido de verificar a realidade das suas práticas. Por outro, a educação e formação destes profissionais poderá permitir o aprimoramento das suas práticas, o que, no nosso entender, só será possível se os restantes profissionais de saúde tiverem a formação adequada, tal como referido anteriormente, pois segundo Shaw (1998) estas situações ocorrem por treino inadequado dos profissionais.

Relativamente ao nosso estudo, devemos ter em conta que a comparação dos resultados com outros estudos é limitada, uma vez que são poucos aqueles que foram desenvolvidos com os mesmos objectivos. Assim, contrariamente a Hudson e Carlson (1998), que tentaram desenvolver uma taxonomia de abuso a idosos, comparando a percepção da população e dos profissionais de saúde, julgamos ser bastante importante perceber melhor as diferenças que parecem evidentes entre os idosos, a população e os profissionais de saúde. Como tal, julgamos ser razoável a replicação de mais estudos comparativos entre estes grupos, com amostras maiores e, se possível, de várias regiões do país. A inclusão de outros grupos de profissionais nesses estudos, nomeadamente autoridades policiais e técnicos de Serviço Social, poderá permitir compreender com maior fiabilidade a percepção e conhecimento dos mesmos no âmbito dos maus-tratos a idosos.

Conclusão

Resumidamente, este estudo aparenta demonstrar algum défice geral no conhecimento acerca dos maus-tratos em idosos, com maior incidência no grupo de idosos, que deverá continuar a tentar ser combatida. A função dos profissionais de saúde é de vital importância neste processo no sentido de Educar para a Saúde também neste âmbito, tanto os idosos como a restante população.