

Joana Filipa Neves Costa

**Maus-tratos contra idosos: perceções e conhecimentos dos idosos e dos
profissionais que os apoiam**



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2016

Joana Filipa Neves Costa

**Maus-tratos contra idosos: perceções e conhecimentos dos idosos e dos
profissionais que os apoiam**



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2016

Joana Filipa Neves Costa

Maus-tratos contra idosos: percepções e conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam

(Joana Filipa Neves Costa)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Jurídica, sob orientação da Professora Doutora Laura Nunes e do Professor Doutor Jorge Cardoso.

Porto, 2016

Resumo

A presente investigação centra-se sobre os maus-tratos contra idosos, que não obstante constituir uma área de crescente atenção e prevenção, continua a representar um grave problema social. Adotou-se um estudo exploratório, transversal, observacional e descritivo, baseado no autorrelato, com recurso a uma entrevista diretiva e estruturada, tendo como objetivo analisar as perceções e os conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam, no âmbito dos maus-tratos no decurso do envelhecimento. A amostra foi constituída por 42 indivíduos, 19 idosos institucionalizados e 23 profissionais, os primeiros a frequentarem um lar, os segundos a exercerem a sua atividade em lar, centro de dia e apoio domiciliário. Os resultados obtidos revelaram que os idosos e os profissionais apresentam conhecimentos de determinados aspetos relevantes sobre os maus-tratos. As suas perceções não evidenciam grande viés em relação ao descrito na literatura. Foi ainda demonstrado que os idosos manifestam um nível reduzido de informação relativamente às possíveis consequências dos maus-tratos, bem como, do enquadramento legal deste fenómeno. Paralelamente, os profissionais demonstraram um baixo estado de alerta face a determinados sinais de possíveis maus-tratos sobre a população idosa. O presente estudo proporcionou um contributo para a investigação nesta área que, no entanto, justifica o desenvolvimento de mais trabalhos.

Palavras-chave: Maus-tratos; Perceções; Conhecimentos; Idosos; Profissionais.

Abstract

The present investigation focuses on elderly maltreatment, which is an area of increasing attention and prevention, yet continues to represent a serious social problem. An exploratory, transversal, observational and descriptive study was adopted, based on self-report, using a directive and structured interview. The aim of the study was to analyse the perceptions and knowledge that the elderly and the professionals who care for them have in regards to maltreatment in the aging process. The sample consisted of 42 individuals, 19 of them who were institutionalized elders and 23 professionals, all of whom either frequented or worked in the nursing home, day care and homecare, respectively. The obtained results revealed that the elders and the professionals present ample knowledge about specific relevant aspects of maltreatment. Their perceptions are not as biased as it is described in the literature. Furthermore, it was demonstrated that the elders manifested a reduced level of information regarding the possible consequences of maltreatment, as well as the legal framework of this phenomenon. At the same time, the professionals demonstrated a low state of alert when faced with signs of possible maltreatment of the elderly. The present study provided a contribution to investigation in this area, nevertheless justifying further work development.

Keywords: Maltreatment; Perceptions; Knowledge; Elderly; Professionals.

Agradecimentos

Antes de mais, quero agradecer ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e à Universidade Fernando Pessoa, assim como a todos os docentes que me acompanharam ao longo deste percurso e me enriqueceram em termos pessoais, académicos e profissionais.

Aos meus orientadores da dissertação de mestrado, a Professora Doutora Laura Nunes e o Professor Doutor Jorge Cardoso, por quem tive o privilégio de ser orientada, pela sua disponibilidade, pelas aprendizagens, por me esclarecerem todas as dúvidas que surgiam por variadíssimas vezes e pelas críticas construtivas por forma a melhorar o meu trabalho.

Às instituições, por terem autorizado a realização do estudo e especialmente a todos os idosos e profissionais que o integraram, pela sua disponibilidade, cooperação e partilha.

À minha família, no fundo aos meus avós, à minha tia Ana e especialmente aos meus pais, por zelarem pelo meu futuro, por me terem possibilitado chegar até aqui, por acreditarem nas minhas capacidades, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, sem exceção, por estarem ao meu lado incondicionalmente, por serem de facto, os melhores pais do mundo e as pessoas mais importantes na minha vida, não sei o que seria de mim sem vocês!

Ao João, pela paciência inesgotável, pela compreensão, pelo apoio e por acreditar nas minhas capacidades quando, por variadíssimas vezes, as coloquei em causa. Obrigada por estares sempre ao meu lado desde o dia em que nos conhecemos!

Aos meus colegas e ex-colegas de curso e especialmente às minhas colegas e amigas Catarina, Sara, Sílvia, Mafalda e Ana, que me acompanharam ao longo deste percurso.

Um obrigada a todos (as), assim como aos que eventualmente me possa ter esquecido de nomear.

Índice

Introdução.....	1	
PARTE A	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	4
CAPÍTULO I	ENVELHECIMENTO-CONCETUALIZAÇÃO E DEFINIÇÕES..	5
1.1.	Envelhecer em Portugal - os processos.....	6
1.2.	Problemas associados ao envelhecimento.....	9
1.3.	Envelhecimento - o prisma dos cuidadores formais.....	11
CAPÍTULO II	ENVELHECIMENTO E MAUS-TRATOS.....	16
2.1.	Maus-tratos - definição e tipo de população alvo.....	17
2.2.	Maus-tratos contra idosos - as tipologias.....	19
2.3.	Maus-tratos contra idosos - os estudos.....	24
PARTE B	CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA.....	36
CAPÍTULO III	O ESTUDO.....	37
3.1.	Método.....	38
3.1.1.	Caraterização da amostra.....	39
3.1.2.	Material e procedimento.....	42
3.2.	Resultados.....	44
3.2.1.	Resultados referentes aos idosos.....	45
3.2.2.	Resultados referentes aos profissionais.....	54
3.3.	Discussão.....	64
3.3.1.	Análise interpretativa dos resultados referentes aos idosos.....	65
3.3.2.	Análise interpretativa dos resultados referentes aos profissionais.....	67
Conclusão.....		70
Referências.....		73
ANEXOS		

Índice de quadros

Quadro

1.	Distribuição dos participantes em função do sexo.....	39
2.	Distribuição dos participantes em função da idade.....	40
3.	Distribuição dos participantes em função do estado civil.....	41
4.	Distribuição dos participantes em função da escolaridade.....	41
5.	Distribuição dos idosos quanto aos familiares próximos.....	42
6.	Respostas dos idosos quanto à sua vida antes de estarem na instituição.....	45
7.	Respostas dos idosos quanto à sua vida desde que se encontram na instituição.....	46
8.	Respostas dos idosos quanto ao que conhecem sobre maus-tratos contra idosos....	47
9.	Respostas dos idosos quanto a situações que consideram maus-tratos.....	48
10.	Respostas dos idosos quanto a situações que já lhes aconteceram.....	49
11.	Respostas dos idosos quanto a situações que aconteceram a um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido.....	50
12.	Respostas dos idosos quanto à forma como lidaram/lidariam perante situações como as referidas.....	51
13.	Respostas dos idosos quanto ao que consideram que leva alguém a maltratar um idoso.....	51
14.	Respostas dos idosos quanto ao que consideram ser as consequências dos maus-tratos.....	52
15.	Respostas dos idosos quanto ao que consideram ser as características das vítimas e dos agressores.....	53
16.	Respostas dos idosos quanto ao que conhecem sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos.....	54
17.	Respostas dos profissionais quanto à execução das suas funções na instituição.....	55
18.	Respostas dos profissionais quanto ao que conhecem sobre maus-tratos contra idosos.....	57
19.	Respostas dos profissionais quanto a situações que consideram maus-tratos.....	58
20.	Respostas dos profissionais quanto a situações que aconteceram a um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido.....	59
21.	Respostas dos profissionais quanto ao que consideram ser os principais sinais de maus-tratos.....	60
22.	Respostas dos profissionais quanto à forma como intervêm perante os sinais.....	61
23.	Respostas dos profissionais quanto ao que consideram que leva alguém a maltratar um idoso.....	62
24.	Respostas dos profissionais quanto ao que consideram ser as consequências dos maus-tratos.....	62
25.	Respostas dos profissionais quanto ao que consideram ser as características das vítimas e dos agressores.....	63
26.	Respostas dos profissionais quanto ao que conhecem sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos.....	64

Índice de anexos

Anexo

- A. Declaração de consentimento informado
- B. Ficha de registo de dados sociodemográficos (dirigida a idosos)
- C. Ficha de registo de dados sociodemográficos (dirigida a profissionais)
- D. Guião de entrevista (dirigida a idosos)
- E. Guião de entrevista (dirigida a profissionais)

Introdução

A presente investigação debruça-se sobre o estudo das percepções e dos conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam sobre os maus-tratos dirigidos a esta população. Efetivamente, temos vindo a deparar-nos com um crescimento do número de idosos a nível mundial (Barreto, 2005; Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Gonçalves, 2010; Lafferty, 2009; Veras, 2009), denotando-se que se trata de uma população particularmente vulnerável à vitimação (Dias, 2005; Gonçalves, 2010). Assim sendo, um dos fenómenos recorrentes nesta população e com tendência a um concomitante aumento da sua ocorrência (Bennett & Kingston, 1993; Carney, Kahan, & Paris, 2003, citado por Perel-Levin, 2008; Gonçalves, 2010; Lafferty, Treacy, Fealy, Drennan, & Lyons, 2012; Martins, Neto, Andrade, & Albuquerque, 2014; National Research Council, 2003) recai, evidentemente, sobre os maus-tratos (Dias, 2005; Gonçalves, 2010). Trata-se de um fenómeno que, independentemente das subtilezas conceptuais, evidentes nas inúmeras definições existentes, parece ser relativamente consensual que remete para um comportamento destrutivo, perpetrado contra um idoso, que surge no âmbito de uma relação de confiança e cuja frequência produz sofrimento emocional, psicológico, físico e representa uma grave violação dos direitos humanos (Fernandes, 1998, citado por Dias, 2005; Fernandes, 1998, citado por Gonçalves, 2010; Hudson, 1991, citado por Fulmer et al., 1999).

Tratando-se de um problema social (Anthony, Lehning, Austin, & Peck, 2009; Austin, Anthony, Lehning, & Peck, 2007; Dias, 2005; Lafferty, 2009; National Research Council, 2003) e de saúde pública gravíssimo (Anthony et al., 2009; Austin et al., 2007; Dong, Chang, Wong, Wong, & Simon, 2011; Dong & Simon, 2013; Lee, Kaplan, & Perez-Stable, 2014; Martins et al., 2014), tem-se tornado cada vez mais manifesto, constituindo um motivo de preocupação por parte da sociedade em geral e para a comunidade científica em particular (Martins et al., 2014).

Assim sendo, urge abordar esta questão (Lafferty, 2009; Lafferty et al., 2012; Martins et al., 2014) e fornecer, ao nível científico, um contributo para a construção de saber, sobretudo ao nível das percepções e dos conhecimentos dos profissionais e dos idosos relativamente a este fenómeno, pelo facto de se tratar de uma temática largamente negligenciada do ponto de vista da sua investigação, particularmente ao nível nacional.

Deste modo, neste estudo procurou-se dar resposta a algumas questões centrais de investigação, que passam a apresentar-se:

- i) Quais as percepções dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos dirigidos àquela população?
- ii) Quais os conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos dirigidos àquela população?
- iii) Haverá, por parte dos profissionais, conhecimento de indicadores das múltiplas formas de maus-tratos, a ponto de se verificarem e identificarem situações mais subtis de maus-tratos?

Tendo em vista a obtenção de respostas para estas questões, estão subjacentes diversos objetivos, em que os mais genéricos passam por analisar as percepções e os conhecimentos, dos idosos e dos profissionais que os apoiam, a respeito dos maus-tratos contra idosos e conhecer mais profundamente o que os idosos e os profissionais que os apoiam definem como sendo maus-tratos. Procura-se, ainda, caracterizar os maus-tratos eventualmente infligidos sobre a amostra em estudo. Mais especificamente pretende-se saber como são percebidos, por parte dos idosos e dos profissionais que os apoiam, os comportamentos identificados na literatura como maus-tratos; identificar o conjunto de sinais de maus-tratos, conhecidos por parte dos profissionais que os apoiam; apurar a forma como os idosos gerem tais situações consideradas como maus-tratos e aferir a forma como os profissionais que os apoiam intervêm/agem em situações com indicadores da possibilidade de existência de maus-tratos.

O estudo que aqui se apresenta obedece a um método sustentado fundamentalmente por dados qualitativos, através da adoção de um plano de investigação de desenho exploratório, transversal, observacional e descritivo, com recurso à entrevista estruturada e diretiva, tratando-se de uma análise baseada no autorrelato.

A presente tese é constituída por duas partes: a primeira remete para uma conceptualização teórica relevante para a compreensão dos objetivos delineados. No capítulo I, explora-se o envelhecimento e as suas definições, incluindo o envelhecimento em Portugal e os seus processos, os problemas que lhe estão associados e que os deixam mais vulneráveis e conseqüentemente mais fragilizados face aos maus-tratos e o prisma dos cuidadores formais.

No capítulo II o foco dirige-se para o envelhecimento e os maus-tratos, incluindo a definição de maus-tratos e o tipo de população alvo, a sua tipologia e os estudos que têm vindo a ser concretizados no âmbito dos maus-tratos contra idosos.

A segunda parte do trabalho remete para a contribuição empírica. No capítulo III, apresenta-se o estudo, incluindo o método, o qual abrange uma caracterização da

amostra e o material e procedimentos utilizados, assim como os resultados encontrados referentes aos idosos e aos profissionais que os apoiam e a respetiva discussão dos mesmos. Finalmente, o término do presente trabalho culminará na conclusão.

PARTE A – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I
ENVELHECIMENTO-CONCETUALIZAÇÃO E DEFINIÇÕES

1.1. Envelhecer em Portugal - os processos

As últimas duas décadas do século passado foram assinaladas por um aumento do número de idosos, transformando as sociedades desenvolvidas (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013), em sociedades envelhecidas (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Carvalho & Mota, 2012) e progressivamente as sociedades menos desenvolvidas (Afonso, Morais, & Almeida, 2012).

A fortíssima emigração portuguesa nas décadas de 1960 e 1970 (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias & Rodrigues, 2012) o aumento do índice de longevidade, tributário do aumento da esperança média de vida (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010; Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Carvalho & Mota, 2012; Dias & Rodrigues, 2012; Fernandes, 2005; Gonçalves, 2010) e a diminuição da taxa de natalidade (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010; Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Carvalho & Mota, 2012; Dias & Rodrigues, 2012; Gonçalves, 2010), estão na base do envelhecimento demográfico e da importância que a população idosa assume, atualmente, na sociedade portuguesa (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013).

As sociedades atuais são sociedades envelhecidas, mas também são sociedades nas quais os avanços tecnológicos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010; Dias, 2005), científicos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010; Dias, 2005), biomédicos (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias, 2005), sociais (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias, 2005) e educativos permitiram que se vivesse durante mais anos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010; Dias, 2005), comparativamente ao que sucedia no passado (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010). Todavia, se este facto representa um desafio (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Paúl & Ribeiro, 2012) para a matriz social, não deixa de ser uma realidade, que alicerçada à diminuição da taxa de natalidade, assume repercussões gravíssimas para o nosso tipo de matriz social, podendo apontar-se por exemplo para exigências ao nível das relações intergeracionais (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013), as quais afetam as transferências económicas entre os diferentes grupos etários em particular, entre os ativos e inativos (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias & Rodrigues, 2012; Fernandes, 2005) e os jovens e idosos (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013), riscos respeitantes à sustentabilidade do sistema de saúde e em particular da segurança social (Barreto, 2005; Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias & Rodrigues, 2012) desde as reformas (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013) e pensões (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias & Rodrigues, 2012; Fernandes,

2005), aos cuidados pessoais à velhice dependente (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Fernandes, 2005), pressão sobre o sistema público de saúde, novos modelos de trabalho e de competitividade (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013; Dias & Rodrigues, 2012) e entre outros desafios e repercussões (Dias & Rodrigues, 2012). Paralelamente uma maior longevidade trás consigo um risco para os próprios idosos, correlativo da idade e da vulnerabilidade do estado de saúde, uma maior dependência económica, física e mental dos outros, dos familiares e dos apoios sociais, situações de completa solidão, isolamento social e estigmatização, marcada pela discriminação e pelo preconceito (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013).

Considerado, portanto, uma das problemáticas centrais do século XXI (Cabral, 2013; Cabral & Ferreira, 2013), o envelhecimento pode ser definido como um conjunto de alterações que resultam do avançar da idade, para além da fase da maturidade (Barreto, 2005). Trata-se, de certa forma, de um processo inverso do desenvolvimento: neste surge o crescimento do ser vivo, acompanhado do surgimento gradual, de particularidades de base genética, próprias de cada sujeito (Barreto, 2005). Após um ponto em que o desenvolvimento atinge o seu auge, começa a verificar-se a redução gradual das capacidades e aptidões físicas e mentais, denominada involução, em contraponto com a evolução que a precedeu (Barreto, 2005).

Todavia, Spirduso, Francis e MacRae (2005) consideram que o envelhecimento tem sido caracterizado como um processo ou um aglomerado de processos respeitante a todos os seres vivos, que se manifesta pela redução da funcionalidade e pela perda da capacidade de adaptação (Spirduso, 1995, citado por Matias, 2010; Spirduso, Francis, & MacRae, 2005, citado por Carvalho & Mota, 2012), estando deste modo relacionado a uma série de modificações, com consequências ao nível da saúde, mobilidade e autonomia destes indivíduos (Carvalho & Mota, 2012).

Por sua vez, Yates (1993) define o envelhecimento como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado sob o ponto de vista ambiental, deixando para trás resíduos que aumentam, progressivamente, a probabilidade de surgirem doenças e outras ocorrências que produzam instabilidade dinâmica e que resultam, conseqüentemente, na morte (Yates, 1993, citado por Fonseca, 2006). Deste modo, o envelhecimento expressa-se pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que provocam instabilidade dinâmica, pelo declínio da integridade funcional de um tecido, órgão ou células particulares e pela falha de cooperação entre componentes biológicos (Yates, 1993, citado por Fonseca, 2006).

Contrariamente, Fernandes (1997) e Lima e Viegas (1988) contestam a visão da velhice enquanto um mero processo biológico, definindo o envelhecimento como o modo como cada sociedade conceptualiza esta etapa do ciclo de vida, como uma construção social inscrita numa determinada conjuntura histórica (Fernandes, 1997, citado por Fonseca, 2006; Lima & Viegas, 1988).

Por outro lado, Fonseca (2012) considera, de um modo geral, o envelhecimento como uma fase da vida marcada por alterações de ordem extremamente diversificada, iniciando-se pela componente biológica e terminando na componente social (Fonseca, 2010; Fonseca, 2012). O impacto das alterações é condicionado pelo percurso do sujeito no decorrer da idade adulta (Furstenderg, 2002, citado por Fonseca, 2010; Furstenberg, 2002, citado por Fonseca, 2012; Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989). Dados os níveis de organização na estruturação do desenvolvimento humano no decorrer deste período, o envelhecimento pode também ser definido como um período do ciclo de vida em que a maioria das particularidades pessoais (i.e., biológicas, sociais e psicológicas) se altera de uma forma relacionada entre si, dirigindo-se progressivamente para a formação de uma imagem do indivíduo enquanto idoso, obviamente distinta da imagem que comumente se tem de um adulto (Fonseca, 2010; Fonseca, 2012).

O processo de envelhecimento é composto, de acordo com Schroots e Birren (1980), por três componentes biopsicossociais, i.e., uma dimensão biológica, psicológica e social (Abreu, 2014; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2004; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2006; Schroots & Birren, 1980, citado por Gonçalves, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Lima, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Paúl, 2005).

A dimensão biológica, reflete uma vulnerabilidade crescente (Abreu, 2014), resultando numa maior possibilidade de morrer, a que se denomina senescência (i.e., envelhecimento normal) (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2004; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2006; Schroots & Birren, 1980, citado por Gonçalves, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Lima, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Paúl, 2005). A senescência é a fase mais rápida do envelhecimento, que ocorre após os 65 anos de idade, momento que na verdade varia de sujeito para sujeito, dado que o ritmo de envelhecimento expressa-se de um modo divergente, de caso para caso (Barreto, 2005). Não se deve, porém, confundir este termo com o de senilidade (i.e., envelhecimento patológico), que

remete para um estado de extrema fragilidade mental e física e que surge habitualmente em fases terminais (Barreto, 2005).

A dimensão psicológica refere-se à autorregulação do sujeito (Abreu, 2014) no campo de forças, pelo tomar de opções e decisões, adaptando-se ao envelhecimento e ao processo de senescência (Abreu, 2014; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2004; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2006; Schroots & Birren, 1980, citado por Gonçalves, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Lima, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Paúl, 2005).

Finalmente, uma dimensão social que remete para o modo como a sociedade auxilia na modelação das experiências e nos significados do envelhecimento (Morgan & Kunkel, 2006; Morgan & Kunkel, 2016) e concomitantemente para as mudanças ao nível dos papéis sociais, que se espera serem adequadas às expectativas da matriz social para este nível etário (Abreu, 2014; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2004; Schroots & Birren, 1980, citado por Fonseca, 2006; Schroots & Biren, 1980, citado por Gonçalves, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Lima, 2010; Schroots & Birren, 1980, citado por Paúl, 2005; Schroots & Birren, citado por Schneider & Irigaray, 2008). As expectativas e premissas daqueles que nos circundam remetem, portanto, para a forma como nos devemos comportar, como devemos ser e o que podemos e devemos fazer, em idades distintas (Morgan & Kunkel, 2006; Morgan & Kunkel, 2016). As ditas expectativas influenciam, concomitantemente, as oportunidades que nos são oferecidas, à medida que envelhecemos (Morgan & Kunkel, 2006; Morgan & Kunkel, 2016).

1.2. Problemas associados ao envelhecimento

Existem determinadas problemáticas que tornam os idosos mais vulneráveis e conseqüentemente mais fragilizados face ao risco de maus-tratos, sendo que um certo número, são efetivamente maltratados (Eulitt, Tomberg, Cunningham, Counselman, & Palmer, 2014).

Um dos estereótipos que recai sobre os idosos é o de que constituem alvos vulneráveis e suscetíveis de possibilitar lucros resultantes de atos de engano, fraude e exploração financeira (Pinsker & McFarland, 2010; Smith, 1999). Isto advém da percepção de que apresentam uma crescente dependência sobre os outros devido à sua fragilidade física, deterioração mental, declínio das habilidades mentais, isolamento e poucos amigos ou família em quem depositam confiança, tornando-os vulneráveis face aos sujeitos que pretendem estabelecer uma relação com o idoso, com o único propósito de lhes furtar dinheiro (Smith, 1999). Tal como sucede com a maioria dos estereótipos,

este ponto de vista tem alguma base de verdade e os idosos são, não raras as vezes, alvo de fraudes (Smith, 1999). Embora a idade por si só não predisponha os idosos à exploração, existem efetivamente determinados aspetos decorrentes da idade física, cognitiva e circunstâncias sociais que parecem contribuir para a vulnerabilidade do idoso (Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Kurrle, Slader, & Cameron, 1992, citado por Pinsker & McFarland, 2010; Smith, 1999). As alterações ao nível da cognição, por exemplo devido a situações de demência podem despoletar questões clínicas relevantes no que concerne a tais formas de vulnerabilidade (Pinsker & McFarland, 2010).

O facto de Portugal ser considerado um dos países da União Europeia onde existe um número crescente de indivíduos com 75 anos de idade ou mais, a residir com familiares diretos, por afinidade ou com os quais o idoso não estabelece qualquer género de laço familiar, parece contribuir concomitantemente para uma maior vulnerabilidade do idoso face a situações de vitimização (Abreu, 2014; Gaymu et al., 2008, citado por Santos, Nicolau, Fernandes, & Gil, 2013). A coabitação, possivelmente associada ao isolamento, a uma pensão reduzida e à feminização do envelhecimento parecem concorrer enquanto fatores de risco (Gaymu et al., 2008, citado por Santos et al., 2013).

Do mesmo modo, a vulnerabilidade vivenciada por parte dos idosos, relacionada com o aumento da perda dos papéis sociais e a consequente desvalorização, parecem tornar os idosos uma população exposta ao risco de maus-tratos, perspetivando-se um aumento do fenómeno referenciado, sobretudo se tivermos em conta a dependência destes indivíduos, consequente da atual longevidade (Vano, 2009, citado por Martins et al., 2014).

Os problemas relacionados com o consumo de álcool podem equitativamente conduzir a uma dependência económica dos idosos, por parte dos seus familiares (Bradshaw & Spencer 1999, por Organización Mundial de la Salud, 2006; Bradshaw & Spencer, 1999, citado por World Health Organization, 2006). Esta dependência pode materializar-se no financiamento do consumo e em questões materiais e económicas (Bradshaw & Spencer, 1999, citado por Organización Mundial de la Salud, 2006; Bradshaw & Spencer, 1999, citado por World Health Organization, 2006). As perturbações de memória e cognitivas, consequentes do consumo nocivo de álcool por parte dos idosos podem torná-los mais vulneráveis face à ocorrência de maus-tratos (Bradshaw & Spencer, 1999, citado por Organización Mundial de la Salud, 2006; Bradshaw & Spencer, 1999, citado por World Health Organization, 2006). Os idosos vitimizados podem inclusivamente recorrer ao consumo como forma de lidar com os

maus-tratos ou abandono (Bradshaw & Spencer, 1999, citado por Organización Mundial de la Salud, 2006; Bradshaw & Spencer, 1999, citado por World Health Organization, 2006). No Canadá, um programa extrainstitucional destinado a idosos com problemas relacionados com o consumo nocivo de álcool ou de outras substâncias constatou que 15-20% eram alvo de maus-tratos físicos, psicológicos e económicos (Bradshaw & Spencer, 1999, citado por Organización Mundial de la Salud, 2006; Bradshaw & Spencer, 1999, citado por World Health Organization, 2006).

Da mesma forma, a Organização das Nações Unidas (ONU), relatou que os idosos que são vulneráveis aos maus-tratos e abuso parecem apresentar na grande maioria das vezes um determinado grau de dependência e perda de autonomia, fragilidades físicas e mentais, conseqüentes de deficiências ou incapacidades, doenças físicas e mentais, decorrentes do uso indevido de medicamentos, álcool ou drogas, pobreza, isolamento social e residem sozinhos (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Determinados estudos realizados, têm ainda identificado uma combinação de particularidades ambientais e da personalidade que consideram que aumenta a vulnerabilidade do idoso face ao abuso, designadamente doença física e/ou mental grave, isolamento social, fragilidade e dependência extrema e escassos recursos financeiros (Fulmer, 1991, citado por Choi et al., 1999; Kapp, 1995, citado por Choi et al., 1999; McKean & Wilson, 1993, citado por Choi et al., 1999; Wolf, 1995, citado por Choi et al., 1999). Assim como constatado que os idosos que apresentavam vulnerabilidades ao nível físico, evidenciam uma maior probabilidade para reportar maus-tratos verbais e, efetivamente os idosos, quer com défices físicos, quer cognitivos parecem apresentar um risco aumentado face à ocorrência de situações de maus-tratos, tornando-se vulneráveis dada a sua incapacidade de se proteger ou solicitar auxílio face a este fenómeno (Acierno et al., 2010; Laumann, Leitsch, & Waite, 2008).

1.3. Envelhecimento - o prisma dos cuidadores formais

Os estudos que analisam diferentes variáveis ao nível dos cuidadores formais da terceira idade, parecem ser, entre nós, largamente negligenciados, contrariamente ao que sucede a nível internacional, onde parecem receber primazia.

Particularmente no âmbito da demência é possível destacar uma panóplia de estudos que têm vindo a ser levados a cabo. Por exemplo, sobre a percepção das experiências dos cuidadores formais sobre a natureza e qualidade dos cuidados de demência domiciliários e comunitários (Jansen et al., 2009), o prisma dos enfermeiros e médicos, a respeito do cuidado de idosos com demência, nas enfermarias cirúrgicas (Hynninen,

Saarnio, & Isola, 2014), a experiência, preocupações e desafios dos profissionais e dos cuidadores de sujeitos com demência no término da vida (Raymond et al., 2012), as atitudes dos enfermeiros registrados (RNs) para com os pacientes com demência grave (Normann, Asplund, & Norberg, 1999), a percepção de delírios e alucinações dos cuidadores formais e informais de idosos que padecem de demência (Cohen-Mansfield, Golander, & Heinik, 2013), a interação e relação entre os funcionários e os parentes de pessoas idosas, com demência e que residem em lares de idosos (Hertzberg & Ekman, 2000), a percepção da dor por parte dos assistentes certificados de enfermagem (CNAs), por parte dos sujeitos que sofrem de demência, na prática de cuidados de enfermagem (Karlsson, Sidenvall, Bergh, & Ernsth-Bravell, 2013), a situação e características de trabalho dos RNs no cuidado municipal de idosos, comparando concomitantemente os enfermeiros que trabalham unicamente em cuidados demenciais, com os que trabalham em cuidados gerais de idosos, com diagnósticos diversificados (Josefsson, Sonde, Winblad, & Wahlin, 2007), a percepção dos cuidadores formais de estratégias de comunicação úteis na sua prática de cuidado, em sujeitos que padecem de doença de alzheimer (DA) moderada ou grave, na realização de atividades da vida diária (ADLs) (Wilson, Rochon, Leonard, & Mihailidis, 2012) e as competências, dificuldades e necessidades que advêm da prestação de cuidados formais a sujeitos que padecem de demência (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011),

Outras investigações têm-se centrado por exemplo na diferença entre as atitudes e os estereótipos dos enfermeiros na execução de funções com os idosos, no sentido coletivo e em relação aos sujeitos com quem trabalham (Purseley & Luker, 1995) e nas dificuldades sentidas por parte dos cuidadores formais de idosos institucionalizados e em que medida o cansaço físico, psicológico e a ansiedade influenciam essas dificuldades (Pereira & Marques, 2014).

Contudo, para a presente dissertação, é pertinente dar especial enfoque a investigações que têm vindo a ser realizadas sob o prisma dos cuidadores formais no que concerne aos maus-tratos contra idosos. Por exemplo, em Israel, Ayalon (2010) realizou o primeiro estudo que avaliou as atitudes em relação aos maus-tratos, por parte de 127 profissionais de cuidados domiciliários, 88 idosos e 142 familiares (Ayalon, 2010). Recorrendo a uma medida (Ayalon, 2010; Selwood, Cooper, & Livingston, 2007) com vista ao alcance do objetivo referido, averiguou que os profissionais eram menos propensos a considerar “Trancar a Rebecca em casa, enquanto o Joseph está a trabalhar durante o dia todo”, “Retirar a boneca para longe dela: não é apropriado para

uma pessoa da sua idade” e “Forçar a alimentar-se, caso ela recuse comer” como técnicas abusivas e mais propensos a considerar “Arranjar uma pulseira de identificação, se ela passeia” como técnica abusiva, tratando-se esta última de uma técnica categorizada como não-abusiva (Ayalon, 2010). Por sua vez, os idosos eram mais propensos a considerar “Gritar com ela” e “Não responder à Rebecca, quando faz questões repetidas”, como técnicas abusivas, tratando-se esta última de uma técnica categorizada como potencialmente abusiva (Ayalon, 2010). Quando solicitados a classificar a eficácia de cada uma das técnicas, os profissionais foram mais propensos a classificar “Trancar a Rebecca em casa, enquanto o Joseph está a trabalhar durante o dia todo”, “Não a levar a encontros familiares”, “Gritar com ela”, “Tirar a boneca para longe dela: não é apropriado para uma pessoa da sua idade”, “Não responder à Rebecca, quando faz questões repetidas” e “Forçar a alimentar-se, caso ela recuse comer” como técnicas eficazes e menos propensos a considerar “Arranjar uma pulseira de identificação, se ela passeia” como técnica eficaz (Ayalon, 2010). Sugerindo que os profissionais, os idosos e os familiares possuem atitudes divergentes em relação aos maus-tratos (Ayalon, 2010). Particularmente, os profissionais, tendem a ser mais brandos, comparativamente aos familiares e aos idosos e a considerar como técnicas eficazes, aquelas que são consideradas abusivas e atualmente inconsistentes e ineficazes (Ayalon, 2010). As divergências de atitudes no que respeita aos maus-tratos contra idosos são cruciais, dado que podem resultar em expectativas não atendidas e insatisfação, assim como em comportamentos inadequados por parte dos cuidadores, em relação aos idosos (Ayalon, 2010).

Na Austrália, Hempton et al. (2010) levaram a cabo um estudo com 120 profissionais de saúde (i.e., enfermeiros, terapeutas ocupacionais, trabalhadores sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos, geriatras, psiquiatras, médicos e outros profissionais de saúde), de dois hospitais metropolitanos, 89 cuidadores, de idosos com demência e 361 idosos (Hempton et al., 2010). Recorrendo ao *Caregiving Scenario Questionnaire* (CSQ), com o propósito de explorar as percepções sobre o que constitui abuso de idosos, averiguaram que significativamente mais profissionais de saúde identificaram “Trancá-lo em casa, enquanto está a trabalhar”, “Sentá-lo numa cadeira, com a mesa sobre o seu colo, para que não se possa levantar, enquanto o Tom está nas compras” e “Esconder os comprimidos nos cereais da manhã ou no chá”, como estratégias abusivas, tratando-se esta última de uma estratégia categorizada como potencialmente abusiva (Hempton et al., 2010). Apuraram ainda, que não houve

diferenças significativas entre os cuidadores e os idosos, no que concerne à percepção do abuso (Hempton et al., 2010). Uma minoria significativa (40.8%) dos profissionais de saúde e mais de 50% dos cuidadores, não identificaram “Trancá-lo em casa, enquanto está a trabalhar”, como estratégia abusiva (Hempton et al., 2010). Os profissionais de saúde foram, por conseguinte, mais propensos a identificar estratégias abusivas e potencialmente abusivas corretamente, comparativamente aos cuidadores e aos idosos, contudo, 25-40% dos profissionais de saúde não identificaram estratégias abusivas (Hempton et al., 2010). O presente estudo revelou, portanto, um consenso limitado entre os profissionais de saúde, os cuidadores e os idosos, sobre o que constitui abuso de idosos (Hempton et al., 2010).

Mais recentemente, Dow et al. (2013) conduziram um estudo com 120 profissionais de saúde (i.e., de programas de cuidado de idosos, unidades geriátricas e clínicas de memória), de dois serviços de saúde, de Melbourne, na Austrália e 127 estudantes do primeiro e do último ano de terapia ocupacional, fisioterapia e enfermagem, da *La Trobe University* (Dow et al., 2013). Recorrendo concomitantemente ao CSQ, constataram que comparativamente aos profissionais, os estudantes foram mais propensos a identificar ambas as estratégias categorizadas como abusivas, i.e., “Trancá-lo em casa, enquanto está a trabalhar” e “Sentá-lo numa cadeira, com a mesa sobre o seu colo, para que não se possa levantar, enquanto o Tom está nas compras” e a identificar estratégias categorizadas como potencialmente abusivas, i.e., “Aceitar que faz parte da sua escolha, não ser limpo” e “Esconder os comprimidos nos cereais da manhã ou no chá”, enquanto estratégias abusivas (Dow et al. 2013). Contudo, os profissionais tinham recebido mais formação sobre o abuso de idosos, comparativamente aos estudantes (Dow et al., 2013). Estas descobertas parecem, portanto, ser congruentes com a explicação de que a prática pode conduzir à modificação da sua visão relativamente a estratégias de gestão aceitáveis, sobretudo se são percecionadas como uma forma eficaz de gerir uma situação difícil e constituem a estratégia menos insatisfatória, tendo em conta o escasso leque de opções (Dow et al., 2013). Sugerindo uma divergência entre o que os profissionais passaram a acreditar através da sua exposição à prática e o que os estudantes são ensinados (Dow et al., 2013). Assim como, a necessidade de formação futura que tenha em consideração este aspeto, que abranja situações de vida reais com os quais se podem vir a deparar na sua prática e como podem auxiliar os cuidadores com estratégias construtivas de forma a gerirem situações difíceis, como as descritas no CSQ (Dow et al., 2013).

Em Israel, Almogue, Weiss, Marcus e Beloosesky (2010), desenvolveram um estudo com 157 profissionais (i.e., médicos geriátricos, especialistas de medicina interna, RNs, auxiliares de enfermagem e estudantes de enfermagem), de hospitais gerais ou geriátricos (Almogue et al., 2010). Com o propósito de avaliar e equiparar as atitudes e os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros a respeito do abuso de idosos, apuraram que não houve diferenças ao nível do conhecimento conforme a especialidade, anos de profissão, experiência geriátrica e tipo de hospital (Almogue et al., 2010). Os auxiliares de enfermagem evidenciaram um menor conhecimento, comparativamente aos enfermeiros e estudantes a respeito do abuso de idosos e das leis inerentes (Almogue et al., 2010). Averiguaram ainda, que não houve diferenças a respeito do conhecimento do abuso entre enfermeiros, médicos e funcionários de hospitais gerais ou geriátricos (Almogue et al., 2010). Os médicos e os enfermeiros pareceram evidenciar atitudes neutras a respeito da temática em questão, por sua vez, os funcionários de hospitais geriátricos, pareceram evidenciar atitudes mais positivas, do que os de hospitais gerais (Almogue et al., 2010). A maioria dos inquiridos revelaram que o principal motivo para não comunicarem suspeitas de abuso, assentou predominantemente no facto de não quererem estar envolvidos num processo de âmbito legal (Almogue et al., 2010). Espelhando a necessidade de serem tomadas medidas mais eficientes por forma a melhorar o conhecimento dos médicos e dos enfermeiros a respeito do abuso de idosos e a incentivar estes profissionais a estarem mais envolvidos e preocupados com a proteção dos idosos.

CAPÍTULO II
ENVELHECIMENTO E MAUS-TRATOS

2.1. Maus-tratos - definição e tipo de população alvo

Os dados da investigação dão conta de uma multiplicidade e de uma confusão persistente em torno das definições dos termos maus-tratos, abuso e negligência (Lee et al., 2011; National Research Council, 2003). Numa tentativa de padronizar as definições, em 2003, o *Nacional Research Council* (NRC) definiu o abuso contra idosos como uma conduta perpetrada por parte dos cuidadores responsáveis ou de outros sujeitos, que requeira a aplicação da lei estatal ou federal, considerando-o como um termo legal, assim como a negligência (Lee et al., 2011; National Research Council, 2003). Paralelamente a mesma organização ou associação define os maus-tratos contra idosos, abrangendo o abuso e a negligência, como ações intencionais, que causam dano ou criam um sério risco de dano (cause ou não dano, é intencional) a um idoso vulnerável, por parte de um cuidador ou de outra pessoa com quem o idoso estabelece uma relação de confiança, ou como uma falha por parte do cuidador em satisfazer as necessidades básicas do idoso ou protegê-lo de danos (Alizadeh-Khoei, Sharifi, Hossain, Fakhzadeh, & Salimi, 2014; Amstadter et al., 2011a; Amstadter et al., 2011b; Anthony et al., 2009; Austin et al., 2007; Biggs & Haapala, 2013; Dong & Simon, 2010; Dong et al., 2011; Fulmer, Guadagno, Dyer, & Connolly, 2004; Fulmer, Rodgers, & Pelger, 2014; Gutman & Spencer, 2010; Kapp, 2003; Lachs & Pillemer, 2004; Laumann et al., 2008; Lee et al., 2011; National Research Council, 2003; Policastro & Finn, 2015; Rahman & Gaafary, 2011; Stevens, Biggs, Dixon, Tinker, & Manthorpe, 2013; United Nations, 2013; Wu et al., 2012), considerando-o como um termo científico e como a definição a utilizar por parte dos investigadores (Lee et al., 2011; National Research Council, 2003).

Parece, portanto, ser necessário estarem presentes três grandes fatores: idade compatível com o estatuto de idoso, vulnerabilidade e uma relação de confiança (Dong & Simon, 2010; Dong et al., 2011). O estatuto de idoso remete para um sujeito com 60 anos de idade ou mais; a vulnerabilidade recai sobre a dependência emocional, física ou financeira sobre outrem, a debilidade inerente à capacidade de autoproteção e autocuidado e a um conjunto de fatores de risco (i.e., psicológicos, suporte social, socioeconómico, sociodemográfico, cormobilidades médicas, entre outros) relacionados com uma maior probabilidade de experienciar maus-tratos; e a relação de confiança implica uma relação de cuidado ou outra relação familiar, social ou profissional, onde existe um sujeito que assumiu a responsabilidade de proteger ou cuidar dos interesses

do idoso, ou onde a expectativa de proteção ou cuidado surge pela lei ou convenção social (Dong & Simon, 2010; Dong et al., 2011; National Research Council, 2003).

Do mesmo modo, esta definição transmite a ideia de que determinada condição de privação, perigo ou lesão ocorre com um idoso e que alguém responsável origina a dita condição, ou falha na sua prevenção (Biggs & Haapala, 2013; Lachs & Pillemer, 2004; National Research Council, 2003; Stevens et al., 2013). Permite, deste modo, excluir a vitimização de idosos por estranhos, casos de autonegligência (Austin et al., 2007; Biggs & Haapala, 2013; Kapp, 2003; National Research Council, 2003; Policastro & Finn, 2015; Stevens et al., 2013; United Nations, 2013) e fenómenos sociais mais abrangentes, como é o caso da discriminação e do preconceito em relação à idade (Biggs & Haapala, 2013; Stevens et al., 2013). Possibilita ainda, o relacionamento entre a vítima e o agressor, incluindo outros membros da família ou membros domésticos e não-domésticos, que são cuidadores de confiança, conscientes da vulnerabilidade da vítima, representando a base da relação entre a vítima e o agressor a de prestação de cuidados e não a de intimidade (Biggs & Haapala, 2013; National Research Council, 2003; Policastro & Finn, 2015).

Contudo, a definição desenvolvida por parte da *Action on Elder Abuse* (AEA), posteriormente adotada por parte da *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração de Toronto, conceptualiza os maus-tratos e o abuso contra idosos como uma ação única ou repetida, ou a ausência de uma resposta adequada, que surge no seio de um relacionamento onde existe uma expectativa de confiança e que produz angústia ou dano a um idoso (Action on Elder Abuse, 1995, citado por Erlingsson, Saveman, & Berg, 2005; Action on Elder Abuse, 1995, citado por Loughlin & Duggan, 1998; Action on Elder Abuse, 1995, citado por Perel-Levin, 2008; Action on Elder Abuse, 1995, citado por World Health Organization, 2002b; Daskalopoulos, Mullin, Donovan, & Suzuki, 2006; Dixon et al., 2010; Dow et al., 2013; Fonseca, Gomes, Faria, & Gil, 2012; Fonseca, Lopes, Marques, Pinheiro, & Gamito, 2014; Giurani & Hasan, 2000; Gutman & Spencer, 2010; Hempton et al., 2010; Hightower, 2010; Lachs & Pillemer, 2004; Lafferty, 2009; Luoma et al., 2011; McAlpine, 2008; O' Keeffe et al., 2007; Organización Mundial de la Salud, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2006; Phelan, 2012; Ploeg, Lohfeld, & Walsh, 2013; Soares et al., 2010; Sooryanarayana, Choo, & Hairi, 2013; Tatara, 1997, citado por Buzgová & Ivanová, 2009; United Nations, 2013; Wolf, Daichman, & Bennett, 2002;

World Health Organization, 2002a; World Health Organization, 2008), recomendando a adoção desta definição (Giurani & Hasan, 2000).

Em conformidade com a definição anterior, a ONU define os maus-tratos e o abuso contra idosos como qualquer ato único ou repetido, ou a ausência de uma ação adequada, que surge no âmbito de um relacionamento onde existe uma expectativa de confiança e que produz desconforto ou dano a um idoso (Martins et al., 2014; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Esta definição de maus-tratos e abuso tem vindo a ganhar apoio desde os últimos 20 anos (Martins et al., 2014; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Por outro lado, o projeto *Flemish Reporting Point for Elder Abuse*, em colaboração com governos e organizações de renome, conseguiu um consenso referente à utilização de uma definição e tipologia de maus-tratos contra idosos, uniforme, definindo os maus-tratos, na Flandres, como uma ação ou a ausência de uma ação por parte de todos aqueles que estabelecem uma relação pessoal e/ou profissional com um idoso (um sujeito com idade igual ou superior a 55 anos), causando, possivelmente, danos físicos, psicológicos ou materiais repetidos (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). O idoso é, portanto, parcialmente ou totalmente dependente destes sujeitos (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011).

Independentemente das subtilezas conceptuais evidentes nas definições existentes parece ser relativamente consensual que os maus-tratos contra idosos remetem para um comportamento destrutivo, perpetrado contra um idoso, que surge no âmbito de uma relação de confiança e cuja frequência (única ou regular) produz sofrimento físico, psicológico e emocional, bem como uma grave violação dos direitos humanos (Fernandes, 1998, citado por Dias, 2005; Fernandes, 1998, citado por Gonçalves, 2010; Hudson, 1991, citado por Fulmer et al., 1999).

2.2. Maus-tratos contra idosos - as tipologias

A maioria das leis de cada estado parece incluir, de certa forma, sob a forma da definição de abuso ou através dos elementos definidos em separado, pelo menos os seguintes tipos de maus-tratos contra idosos: atos físicos que provocam ferimentos ou dores (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; National Research Council, 2003), que inflijam dano psicológico ou sofrimento mental, que envolvam agressões sexuais, exploração financeira e negligência (National Research Council, 2003). Outros estados abarcam também outros comportamentos e condições, como o isolamento (National Research Council, 2003).

Contudo, outras tipologias foram propostas, circunscrevendo o fenómeno às seguintes categorias: maus-tratos e abuso físico, psicológico ou emocional, sexual, económico ou material e negligência (Lachs & Pillemer, 2004; Loughlin & Duggan, 1998; Organización Mundial de la Salud, 2003; Perel-Levin, 2008; Wolf et al., 2002; Wolf, Daichman, & Bennett, 2003; World Health Organization, 2002b).

Os maus-tratos e abuso físico remetem para a perpetração de lesões e dores (Perel-Levin, 2008; Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b) e para a coerção ou restrição física (Loughlin & Duggan, 1998; Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b) ou induzida por drogas (Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b). Os maus-tratos e abuso psicológico ou emocional envolvem a imposição de sofrimento psicológico (Dias, 2005; Lachs & Pillemer, 2004; Loughlin & Duggan, 1998; Perel-Levin, 2008; Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b). O abuso sexual incide sobre o contato sexual não consensual de qualquer género (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Perel-Levin, 2008; Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b). O abuso económico ou material remete para a exploração e utilização imprópria ou ilegal de recursos e fundos do idoso (Dias, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Lachs & Pillemer, 2004; Loughlin & Duggan, 1998; Perel-Levin, 2008; Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b). Finalmente, a negligência remete para a recusa ou falha para cumprir com as obrigações inerentes à assistência do idoso (Dias, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Fulmer & O'Malley, 1987, citado por Loughlin & Duggan, 1998; Lachs & Pillemer, 2004; Perel-Levin, 2008; Phelan, 2012; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; World Health Organization, 2002b), podendo ou não envolver a tentativa, consciente e intencional (Dias, 2005; Perel-Levin, 2008; World Health Organization, 2002b), de provocar sofrimento físico e emocional (Sooryanarayana et al., 2013; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003).

Por outro lado, uma outra tipologia que tem ganho terreno na análise dos maus-tratos e do abuso contra idosos estabeleceu as seguintes categorias: maus-tratos e abuso físico, emocional, exploração económica e negligência/abandono (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Os maus-tratos e abuso físico podem ser definidos como atos únicos ou repetidos, ou situações prolongadas (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Estas últimas

abrangem qualquer restrição ou confinamento inapropriado que provoque lesões ou dores corporais (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). As consequências dos maus-tratos e abuso físico compreendem indicadores físicos e manifestações psicológicas notórias, tais como confusão, redução da mobilidade, entre outras alterações comportamentais por parte do idoso (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Os maus-tratos e abuso psicológico ou emocional compreendem interações ou palavras que denigram o idoso e que diminuem a sua dignidade (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002), identidade (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002) e autoestima (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Esta tipologia de maus-tratos ou abuso caracteriza-se pela falta de atenção para com a saúde e necessidades sociais do idoso, assim como pela ausência de consideração pelos seus desejos, intimidade e pertences (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Os indicadores de que se estão a perpetrar maus-tratos e abuso emocional podem abranger manifestações psicológicas como dificuldade em tomar decisões (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002), medo (Dias, 2005; Loughlin & Duggan, 1998; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002), apatia (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002), depressão (Loughlin & Duggan, 1998; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002) e isolamento (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Os maus-tratos e abuso material consistem na exploração económica e abrangem o uso impróprio, ilegal ou a apropriação indevida dos bens (Dias, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Loughlin & Duggan, 1998; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002), propriedades (Dias, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002) e finanças do idoso (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Loughlin & Duggan, 1998; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002), a negação de acesso e controlo sobre os seus próprios fundos pessoais, a modificação forçada do seu testamento e de outros documentos jurídicos, assim como fraudes financeiras (Dias, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002) ou de outro tipo (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). A negligência/abandono pode ser definida como a falta de ação para atender às necessidades do idoso, podendo manifestar-se através da privação do idoso do seu contato social, de alimentos adequados, de um local cómodo e seguro para residir, de boas condições de higiene pessoal e de atenção médica, assim como através do desimpedimento de danos físicos e da ausência de supervisão necessária (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). O sujeito encarregue do

cuidado do idoso pode não entender as suas necessidades, quer por ausência de informação, quer de interesse, recursos ou capacidade (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Os indicadores de negligência/abandono abrangem uma série de sintomas de mal-estar físico, como perda de peso, sujidade na indumentária, incontinência, má higiene, deterioração mental e física, palidez, tremores, feridas na boca e na pele e lábios secos (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). A negligência/abandono pode também estar relacionada com a sobremedicação ou o isolamento (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Em certas tipologias mais amplas é também referida a autonegligência/autoabandono, o qual abarca uma panóplia de comportamentos que constituem uma ameaça à segurança e saúde do idoso, como o impedimento cognitivo e físico, que conduz a uma capacidade limitada para cuidar de si próprio e manter-se em boa saúde (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Os indicadores da autonegligência/autoabandono podem abranger as condições de vida precárias e a depressão (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Outros tipos de maus-tratos e abuso que se enquadram nas categorias da tipologia referida anteriormente e que são considerados variantes destas abrangem: abusos sexuais, maus-tratos e abuso conjugal e abuso de medicamentos (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Os abusos sexuais remetem para qualquer género de contacto sexual não consensualizado com um idoso (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002) que abranja a violação, o assédio sexual e o atentado ao pudor, por parte dos sujeitos responsáveis pelo cuidado do idoso (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). As agressões sexuais podem enquadrar-se nos maus-tratos físicos (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Os maus-tratos e abuso conjugal, nos maus-tratos e abuso físico, emocional, sexual, exploração económica e na negligência/abandono (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). O abuso de medicamentos remete para a utilização indevida, accidental ou deliberada, de medicamentos receitados por um médico, ou de outro género de medicamentos, devido à negação de um medicamento necessário ou à administração do medicamento em doses que podem sedar ou produzir danos físicos a um idoso (Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002).

Outras tipologias foram ainda propostas, circunscrevendo os maus-tratos às seguintes categorias: abuso físico, sexual, psicológico, material ou financeiro, negligência,

violação dos direitos, descuido e situações multiproblemáticas (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011).

O abuso físico remete para perpetração de lesões (Dias, 2005; Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011) ou dores físicas a um idoso vulnerável ou para a privação das suas necessidades básicas (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). O abuso sexual abarca o contato sexual não consensual com um idoso (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). O abuso psicológico consiste na perpetração de dor mental, angústia (Dias, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011) ou aflição a um idoso, através do recurso a atos verbais ou não-verbais (Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). O abuso material ou financeiro recai sobre o uso ilegal ou a ocultação de propriedades, bens ou fundos de um idoso vulnerável (Dias, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Loughlin & Duggan, 1998; Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). A negligência contempla a recusa ou omissão, por parte dos responsáveis, em facultar abrigo, alimentos, cuidados de saúde e proteção ao idoso (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). A violação dos direitos envolve a violação da privacidade e da liberdade do idoso (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). O descuido consiste num tipo de privação, que surge de forma involuntária, num contexto de cuidado, cujo autor nem sempre se encontra ciente da forma de tratamento do idoso (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011). Finalmente, as situações multiproblemáticas são consideradas quando três ou mais categorias das descritas anteriormente ocorrem simultaneamente (Ouderenmisbehandeling, 2009, citado por Callewaert, 2011).

Em outros estudos (e.g., Ferreira-Alves & Sousa, 2005), o fenómeno foi ainda circunscrito às seguintes categorias: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico, exploração material ou financeira, abandono e negligência (Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

O abuso físico remete para o uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, incapacidade ou dor física (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). As punições físicas são alguns exemplos de abuso físico (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). A submedicação e a sobremedicação também abrangem esta categoria (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). O abuso sexual abrange o contato sexual não consensualizado com um

idoso (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). O abuso emocional ou psicológico abarca a infligência de dor, angústia, dor ou aflição através do recurso a meios verbais ou não-verbais (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). As ameaças, a humilhação e a infantilização do idoso incluem-se nesta categoria (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). A exploração material ou financeira recai sobre o uso ilegal ou inapropriado de propriedades, fundos ou bens do idoso (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). O abandono remete para a deserção de ao pé de um idoso por parte de um sujeito que tinha a sua custódia física ou a responsabilidade de lhe prestar cuidados (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). A negligência recai sobre a ineficácia ou recusa em satisfazer os deveres ou obrigações para com o sujeito da terceira idade (Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

2.3. Maus-tratos contra idosos - os estudos

Os maus-tratos contra idosos parecem ser, entre nós, um problema largamente negligenciado, do ponto de vista da sua investigação (Ferreira-Alves & Sousa, 2005), contrariamente ao que sucede a nível internacional, onde têm vindo a ser realizados uma panóplia de estudos neste domínio.

O *UK Study of Abuse and Neglect of Older People* (O’Kneffe et al., 2007), um estudo nacional de prevalência, concretizado entre março e setembro de 2006, com 2.010 idosos, com idade igual ou superior a 66 anos, residentes em domicílios particulares (*private households*), da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, com vista à obtenção de uma amostra nacionalmente representativa do Reino Unido, apurou que no passado ano, 2.6% (Amstadter et al., 2011b; Biggs et al., 2009; Naughton et al., 2012; O’Kneffe et al., 2007; Rahman & Gaafary, 2012) teriam sido vítimas de maus-tratos por parte de um membro de família, amigo ou cuidador (Biggs et al., 2009; O’Kneffe et al., 2007). Quando a prevalência abarcou vizinhos e conhecidos, aumentou de 2.6% para 4% (Dow et al., 2013; O’Kneffe et al., 2007). Tendo por base unicamente familiares, amigos ou cuidadores, averiguaram que 1.1% dos idosos experienciaram negligência, 0.7% maus-tratos financeiros, 0.4% maus-tratos psicológicos e físicos (Biggs et al., 2009; Fulmer et al., 2014; Naughton et al., 2012; O’Kneffe et al., 2007; Rahman & Gaafary, 2011) e 0.2% maus-tratos sexuais (Biggs et al., 2009; Naughton et al., 2012; O’Kneffe et al., 2007; Rahman & Gaafary, 2011). Após os 65 anos de idade os tipos de maus-tratos mais reportados abrangeram os maus-tratos financeiros (1.2%), físicos (0.8%) e o abuso sexual (0.3%), sendo que a prevalência a partir desta faixa etária foi 50-100% maior para os três tipos de abuso referenciados (O’Kneffe et al., 2007). Constataram ainda que as mulheres (3.8%) eram

mais propensas a reportarem que teriam experienciado maus-tratos, comparativamente aos homens (1.1%) (Amstadter et al., 2011a; Amstadter et al., 2011b; Biggs et al., 2009; Hernandez-Tejada, Amstadter, Muzzy, & Acierno, 2013; O’Kneffe et al., 2007; Phelan, 2012). Os homens com idade igual ou superior a 85 anos eram mais propensos a experienciar abuso financeiro, comparativamente aos idosos mais jovens, enquanto as mulheres eram mais propensas a serem negligenciadas (Biggs et al., 2009; O’Kneffe et al., 2007). Quando excluíram a negligência, denotaram que a prevalência aumentou com a idade para os homens e inversamente diminuiu para as mulheres (Biggs et al., 2009; O’Kneffe et al., 2007). Os maus-tratos variaram por posição socioeconômica (Biggs et al., 2009; Hernandez-Tejada et al., 2013; O’Kneffe et al., 2007) e estado civil, ou seja, os idosos que residiam em casas arrendadas (particulares/sociais) e sozinhos, tendiam a apresentar taxas de prevalência mais elevadas e neste último caso a experienciar particularmente abuso financeiro, comparativamente aos que detinham casa própria e residiam com outros indivíduos (Biggs et al., 2009; Naughton et al., 2012; O’Kneffe et al., 2007). A prevalência dos maus-tratos aumentou com o declínio do estado de saúde (Amstadter et al., 2011b; Biggs et al., 2009; O’Kneffe et al., 2007), com a diminuição da qualidade de vida, a depressão e para os que reportaram que se sentiam sozinhos, comparativamente aos que relataram que não se sentiam dessa forma (Biggs et al., 2009; O’Kneffe et al., 2007). No geral, 51% das situações de maus-tratos foram perpetradas por parte de um parceiro/cônjuge, 49% por outro membro da família, 13% por um cuidador e 5% por um amigo próximo (Biggs et al., 2009; O’Kneffe et al., 2007). Três quartos dos participantes referiram que os maus-tratos assumiram efeitos maus (43%) ou muito maus (33%), sendo que os efeitos mais reportados foram ao nível emocional e social (O’Kneffe et al., 2007). A maioria (70%) dos idosos que experienciaram maus-tratos no passado ano referiu que reportaram a situação ou procuraram ajuda, especialmente junto de um membro da família (31%) ou de um profissional social ou de saúde (30%) (O’Kneffe et al., 2007).

Acierno et al. (2010) conduziram um estudo com uma amostra nacional de 5.777 idosos (Acierno et al., 2010; Dong, 2014; Fulmer et al., 2014; Policastro & Finn, 2015), com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade, nos Estados Unidos da América (EUA) (Acierno et al., 2010; Dong, 2014). Constataram que um em cada 10 participantes reportou, no passado ano, negligência, maus-tratos emocionais, físicos e financeiros (Acierno et al., 2010; Biggs et al., 2009; Fulmer et al., 2014; Laumann et al., 2008; Policastro & Finn, 2015), algo consistente com estudos anteriores (Acierno et al.,

2010; Biggs et al., 2009; Laumann et al., 2008). Cerca de 5.2% experienciaram maus-tratos financeiros, 5.1% negligência, 4.6% abuso emocional, 1.6% abuso físico e 0.6% abuso sexual (Acierno et al., 2010; Amstadter et al., 2011a; Fulmer et al., 2014; Sooryanarayana et al., 2013). Dos poucos idosos que reportaram a ocorrência de maus-tratos às autoridades, cerca de 31% reportaram maus-tratos físicos, 16% maus-tratos sexuais e 7.6% maus-tratos emocionais (Acierno et al., 2010). Apuraram ainda que os correlatos mais consistentes com praticamente todos os tipos de maus-tratos foram a exposição a um evento traumático anterior e o baixo suporte social (Acierno et al., 2010).

Amstadter et al. (2011b) realizaram o primeiro estudo sobre a prevalência dos maus-tratos, recorrendo a uma amostra de 902 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 97 anos, residentes no estado rural da Carolina do Sul e descobriram que um em cada 10 participantes reportou, no passado ano, maus-tratos físicos, emocionais, sexuais e negligência, algo consistente com estudos anteriores (Acierno et al., 2010; Amstadter et al., 2011b; Biggs et al., 2009; Fulmer et al., 2014; Laumann et al., 2008; Policastro & Finn, 2015) e ainda, que dois em cada 10 idosos reportaram maus-tratos desde os 60 anos de idade (Amstadter et al., 2011b). Cerca de 12.9% dos participantes reportaram maus-tratos emocionais, 6.6% maus-tratos financeiros, perpetrados por parte de membros da família, 5.4% negligência, 2.1% maus-tratos físicos e 0.3% maus-tratos sexuais (Amstadter et al., 2011b). A ADLs constituiu um correlato significativo para vários tipos de maus-tratos, assim como o suporte social predisse significativamente os maus-tratos físicos e emocionais, tornando-se esta relação uma das conclusões mais robustas do presente estudo (Amstadter et al., 2011b). Os participantes que experienciaram maus-tratos foram propensos a não reportar o abuso às autoridades, mais suscetíveis a ser maltratados por um conhecido, em vez de um autor desconhecido e a referir que o agressor recorria à utilização de substâncias e/ou apresentava histórias de cariz legal (Amstadter et al., 2011b).

Mais recentemente, Friedman, Santos, Liebel, Russ e Conwell (2015) levaram a cabo um estudo com 724 pacientes, com idade igual ou superior a 65 anos, recrutados do Estado de Nova Iorque, Virgínia Ocidental e Ohio (Friedman et al., 2015). Averiguaram que 7.4% dos participantes, foram identificados por parte das enfermeiras que realizaram visitas domiciliárias, durante um período médio de 19.5 meses, como tendo experienciado maus-tratos (Friedman et al., 2015). Foi ainda possível obter dados suficientes por parte de 33 dos 54 idosos maltratados, referentes aos tipos de maus-

tratos experienciados, designadamente que 27 teriam experienciado negligência, 16 abuso psicológico, 10 maus-tratos financeiros, cinco abuso físico, um abuso sexual e que 17 experienciaram mais do que um tipo de abuso (Friedman et al., 2015). No presente estudo, foram ainda identificados determinados fatores correlacionados com a presença de maus-tratos, designadamente ter poucos amigos próximos, ser viúvo/viúva, apresentar um declínio cognitivo, elevada satisfação com a vida, possuir uma renda familiar anual média/alta, ser do sexo feminino, apresentar doenças ou limitações físicas, depressão, coabitar com outros e depender na gestão de medicamentos (Friedman et al., 2015).

Wu et al. (2012) executaram um estudo com 2.000 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de três comunidades rurais de Macheng, uma cidade localizada na província de Hubei, na China (Wu et al., 2012). Verificaram que no passado ano, 36.2% reportaram pelo menos um tipo de maus-tratos (Alizadeh-Khoei et al., 2014; Wu et al., 2012), 27.3% maus-tratos psicológicos, 15.8% negligência, 4.9% maus-tratos físicos, 2% maus-tratos financeiros e que 10.5% reportaram dois ou mais tipos de maus-tratos (Wu et al., 2012). Averiguaram ainda que o facto de residir sozinho, ser viúvo/divorciado/solteiro/separado, depender unicamente dos seus rendimentos, apresentar incapacidades físicas, depressão e ter um emprego intensivo, constituíram fatores significativamente relacionados com os maus-tratos (Wu et al., 2012). Os diferentes tipos de maus-tratos foram, portanto, relacionados a diferentes fatores de risco, contudo, a depressão constituiu um fator de risco consistente com os três tipos de maus-tratos mais comuns (Wu et al., 2012).

Chokkanathan (2014) conduziu um estudo com 897 idosos, com idade igual ou superior a 61 anos, de um subdistrito rural de Tamil Nadu, na Índia (Chokkanathan, 2014). Constatou que no passado ano, 21% reportaram alguma forma de maus-tratos por parte de um membro da família, 12.7% abuso financeiro, 12.4% negligência, 12.3% agressão física, 10.2% abuso psicológico e 83.4% mais do que um tipo de maus-tratos (Chokkanathan, 2014). Apuraram ainda que entre os fatores relacionados com os idosos, apenas o abuso físico por parte dos seus familiares foi associado aos maus-tratos (Chokkanathan, 2014). A baixa coesão e o stresse familiar constituíram fatores significativamente associados aos maus-tratos (Chokkanathan, 2014). A formação superior por parte do agressor foi considerada um fator protetor, enquanto o consumo de álcool, os maus-tratos contra outros elementos da família e a meia-idade constituíram fatores significativamente associados aos maus-tratos (Chokkanathan, 2014).

Alizadeh-Khoei et al. (2014), efetuaram um estudo com 300 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, recorrendo a dois centros de saúde em Ahvaz, uma província localizada no sudoeste do Irão (Alizadeh-Khoei et al., 2014). Averiguaram que no passado ano, 14.7% reportaram maus-tratos, 10.3% abuso físico, 9% negligência e 3% abuso psicológico e financeiro (Alizadeh-Khoei et al., 2014). Apuraram ainda que a dependência financeira dos seus filhos, o sexo feminino e o nível de escolaridade apresentaram associações consistentes com os diferentes tipos de abuso (Alizadeh-Khoei et al., 2014). Contudo, a dependência financeira dos seus filhos constituiu o mais importante preditor de maus-tratos entre os participantes (Alizadeh-Khoei et al., 2014).

Rahman e Gaafary (2011) conduziram um estudo com 1.106 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de uma área rural da cidade de Mansoura, no Egito (Rahman & Gaafary, 2011). Constataram que no passado ano, 43.7% experienciaram maus-tratos por parte de um membro da família e que 42.4% teriam experienciado negligência, 5.7% abuso físico, 5.1% abuso psicológico e 3.8% abuso financeiro (Rahman & Gaafary, 2011). A idade avançada, uma pensão insuficiente e um cuidador que não seja cônjuge constituíram fatores independentes para o abuso (Rahman & Gaafary, 2011). A dependência, um cuidador que não seja cônjuge e um número de filhos igual ou inferior a três, constituíram fatores significativamente independentes para a negligência, enquanto forma de maus-tratos (Rahman & Gaafary, 2011).

Em Portugal, Martins et al. (2014) realizaram um estudo com 135 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos (Martins et al., 2014). Apuraram que 23.5% dos participantes sofreram algum tipo de abuso e maus-tratos, especialmente emocional e negligência (Martins et al., 2014). Os idosos que experienciaram abuso eram maioritariamente viúvos, solteiros, integravam famílias disfuncionais, detinham habilitações académicas inferiores e reportaram sentir-se sozinhos e menos saudáveis (Martins et al., 2014).

Na Irlanda, Naughton et al. (2012) levaram a cabo um estudo com 2.021 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na comunidade (Naughton et al., 2012). Averiguaram que no passado ano, 2.2% experienciaram maus-tratos e negligência (Lafferty et al., 2012; Naughton et al., 2012), algo semelhante à estimativa encontrada no estudo levado a cabo no Reino Unido (Amstadter et al., 2011b; Biggs et al., 2009; Naughton et al., 2012; O’Kneffe et al., 2007; Rahman & Gaafary, 2012). Cerca de 1.3% experienciaram maus-tratos financeiros, 1.2% maus-tratos psicológicos, 0.5% abuso físico, 0.3% negligência e 0.05% abuso sexual (Naughton et al., 2012). Foi ainda

possível constatar que existia uma relação significativa entre os maus-tratos e a renda, saúde e suporte social, ou seja, os idosos que viviam com uma pensão mínima apresentavam uma probabilidade duas vezes maior para experienciar maus-tratos, com uma saúde física abaixo da média, três vezes maior, com um baixo suporte social, quase cinco vezes maior e com uma saúde mental abaixo da média, seis vezes maior, para reportarem maus-tratos, porém apenas a saúde mental e o baixo suporte social permanecerem como fatores independentes (Naughton et al., 2012). Os filhos (50%) foram identificados como os principais agressores e as principais particularidades patentes nos mesmos, abrangeram o desemprego (50%), a dependência, sobretudo de álcool (20%) e os problemas de saúde física (11%) e mental (4%) (Naughton et al., 2012).

Amstadter et al. (2011a) realizaram um estudo, com 5.777 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, dos EUA continentais (Amstadter et al., 2011a). Averiguaram que no passado ano, os maus-tratos emocionais foram experienciados por 4.6% e apenas uma em cada oito vítimas reportou às autoridades (Amstadter et al., 2011a). Os maus-tratos físicos foram experienciados por 1.6% e mais de um quarto das vítimas reportou às autoridades (Amstadter et al., 2011a). Os maus-tratos sexuais foram experienciados por 0.6% e 21.4% reportaram à polícia, com especial enfoque nas mulheres (Amstadter et al., 2011a). Apuraram ainda que comparativamente aos autores de maus-tratos emocionais e sexuais, os autores de maus-tratos físicos contra os homens apresentavam mais particularidades patológicas que os agressores de maus-tratos físicos contra as mulheres (Amstadter et al., 2011a). Os autores de maus-tratos físicos evidenciaram concomitantemente uma maior probabilidade de apresentarem problemas de cariz legal, tratamento psicológico, uso de substâncias e de residirem ou estarem associados com a vítima (Amstadter et al., 2011a).

Ferreira-Alves e Sousa (2005) levaram a cabo um estudo com 82 idosos, com idades compreendidas entre os 63 e os 88 anos, de três centros de dia, da cidade de Braga (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). Constataram que 28% apresentaram um indicador de abuso, 27% não apresentou quaisquer indícios de abuso e 11% apresentaram dois e três indicadores, tratando-se o abuso emocional e a negligência os mais prevalentes (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). A percepção do estado de saúde, i.e., uma percepção do estado de saúde “Má”, surgiu como uma variável significativamente relacionada com o abuso financeiro, emocional e a negligência (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). O abuso emocional e físico surgiu significativamente associado com a idade, ou seja, quanto

mais avançada é a idade mais indícios de abuso físico e emocional (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). O gênero foi relacionado significativamente com a negligência, revelando que as mulheres sofrem maioritariamente de negligência, comparativamente aos homens (Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

O *National Social Life, Health and Aging Project* (Laumann et al., 2008), foi o primeiro estudo de base populacional, com uma amostra nacionalmente representativa, sobre a recente experiência de maus-tratos de 3.005 idosos, com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, residentes na comunidade, nos EUA (Amstadter et al., 2011b; Laumann et al., 2008). Averiguou que 9% dos participantes reportaram maus-tratos verbais, 3.5% maus-tratos financeiros e 0.2% maus-tratos físicos (Acierno et al., 2010; Amstadter et al., 2011a; Fulmer et al., 2014; Laumann et al., 2008; Policastro & Finn, 2015), por parte de um membro da família (Fulmer et al., 2014; Laumann et al., 2008; Policastro & Finn, 2015). Constatou ainda que a probabilidade de serem vítimas de maus-tratos verbais foram maiores para as mulheres (Acierno et al., 2010; Amstadter et al., 2011b; Hernandez-Tejada et al., 2013; Laumann et al., 2008; Policastro & Finn, 2015) e para os participantes que possuíam vulnerabilidades físicas e menores para os latinos, por sua vez, a probabilidade de serem vítimas de maus-tratos financeiros foram maiores para os afro-americanos (Acierno et al., 2010; Hernandez-Tejada et al., 2013; Laumann et al., 2008) e menores para aqueles que tinham um cônjuge/parceiro, comparativamente aos que não o tinham (Acierno et al., 2010; Laumann et al., 2008).

Na Irlanda, Lafferty et al. (2012) conduziram um estudo entre maio e novembro de 2011, com nove idosos, com idades compreendidas entre os 67 e os 83 anos (Lafferty et al., 2012). Constataram que os participantes experienciaram uma ampla gama de comportamentos abusivos, abrangendo uma combinação de abuso físico, emocional, financeiro e negligência, assumindo repercussões significativas ao nível da sua saúde e bem-estar (Lafferty et al., 2012). Para determinados participantes, o abuso exacerbou a sua condição de saúde existente e a saúde geral deteriorou-se (Lafferty et al., 2012). Todos os participantes, reportaram que o abuso assumiu um impacto psicológico e social e a maioria experienciou uma combinação de repercussões físicas, emocionais e sociais que os afetaram de inúmeras formas (Lafferty et al., 2012). Para lidar com estas experiências, os participantes recorreram a estratégias de evitação, confrontação, afirmação, pontos pessoais fortes, racionalização do abuso e encontraram um lugar para se refugiar, isento de abuso (Lafferty et al., 2012). Determinados participantes, recorreram a profissionais de saúde ou amigos, que procuraram ajuda em seu nome

(Lafferty et al., 2012). Todos eles receberam ajuda por parte de profissionais de saúde, trabalhadores de casos seniores (*Senior Case Workers* (SCWs) para proteção de idosos, amigos, familiares e de serviços voluntários e legais (Lafferty et al., 2012). Os tipos de ajuda e apoio recebido, abarcaram a aplicação de direitos básicos, auxílio nas compras, assistência prática e suporte moral, através da participação em processos judiciais com os idosos (Lafferty et al., 2012). Todos os participantes expressaram a sua gratidão pelo apoio prestado e reportaram que proveu-lhes confiança, suporte moral e sensação de segurança (Lafferty et al., 2012). Referiram, contudo, determinadas barreiras no acesso ao apoio e ajuda, designadamente falta de consciência por parte dos serviços de apoio, relutância em procurar ajuda, conseqüente do receio de ser rejeitado ou julgado e recusa em reconhecer o abuso (Lafferty et al., 2012). Determinados participantes, revelaram-se ainda frustrados com determinados serviços, devido aos obstáculos e limitações com os quais se depararam (Lafferty et al., 2012).

Dong e Simon (2010) conduziram um estudo com 270 homens e 141 mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos, de um centro médico de Nanjing, na China (Dong & Simon, 2010). Constataram que 59.3% dos homens e 40.7% das mulheres reportaram maus-tratos (Dong & Simon, 2010). Ao examinarem as diferenças de género no suporte social e risco de maus-tratos, descobriram que níveis mais baixos de suporte social foram relacionados a um aumento da possibilidade de reportar maus-tratos nos homens e nas mulheres, associação que pode ser maior neste último grupo (Dong & Simon, 2010). Averiguaram ainda que o suporte social percebido foi relacionado a uma maior possibilidade de maus-tratos nos homens e nas mulheres, contudo, o suporte social instrumental não foi relacionado a esta probabilidade (Dong & Simon, 2010).

Dong e Simon (2013) realizaram um estudo com 269 idosos de áreas urbanas e 135 de áreas rurais, com idade igual ou superior a 60 anos, de um centro médico de Nanjing, na China (Dong & Simon, 2013). Averiguaram que os idosos das áreas urbanas, que experienciaram maus-tratos, eram mais propensos a serem mais jovens, a apresentarem níveis reduzidos de escolaridade, renda e de bem-estar psicossocial (Dong & Simon, 2013). Os idosos das áreas rurais eram mais propensos a serem mais velhos, do sexo feminino, a apresentarem níveis reduzidos de escolaridade, renda, saúde, qualidade de vida e de bem-estar psicossocial e a padecer de mudanças recentes ao nível da saúde (Dong & Simon, 2013). Em ambas as áreas, o reduzido suporte social e os sintomas depressivos foram associados a um risco aumentado de experienciar maus-tratos (Dong & Simon, 2013).

Na Carolina do Sul, Begle et al. (2011) executaram um estudo com 902 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade (Begle et al., 2011). Apuraram que 18.7% dos participantes reportaram sintomas emocionais negativos (i.e., referiram sentir-se deprimidos, irritáveis ou ansiosos) durante as últimas quatro semanas (Begle et al., 2011). Assim como, que o abuso emocional, o baixo suporte social, uma saúde física debilitada e a necessidade de assistência na vida diária, constituíram fatores relacionados a maior probabilidade de reportarem sintomas emocionais negativos (Begle et al., 2011).

No Reino Unido, Hussein, Manthorpe e Penhale (2007) apresentaram as descobertas de uma pesquisa concretizada com uma amostra representativa de 1.000 participantes do público em geral, com idades compreendidas entre os 16 e os 90 anos (Hussein et al., 2007; Lafferty, 2009). Foram apresentadas aos participantes, duas visões opostas acerca da extensão da negligência ou maus-tratos contra idosos, sendo que as mulheres perceberam mais a negligência ou maus-tratos comparativamente aos homens e aos participantes com idade igual ou superior a 65 anos (Hussein et al., 2007; Lafferty, 2009) e existiram variações regionais nessas percepções (Hussein et al., 2007). Um quarto (24%) dos participantes reportou que conheciam um idoso que tinha sido vítima de negligência ou maus-tratos (Hussein et al., 2007; Lafferty, 2009), algo referenciado sobretudo por mulheres e por participantes de meia-idade (Hussein et al., 2007; Lafferty, 2009). Os locais mais comumente reportados pelos participantes que conheciam um idoso que teria sido vítima de negligência ou maus-tratos foram os lares (53%) e os hospitais (48%) (Hussein et al., 2007; Lafferty, 2009) (Hussein et al., 2007). O tipo de maus-tratos mais comumente reportado foi o cuidado pessoal insuficiente ou inadequado (51%), seguido de deixar o idoso em jejum ou mal nutrido (22%) e faltar ao respeito ou humilhar (21%). O abuso físico, o cuidado médico insuficiente ou inadequado e a falta de respeito pelos desejos do idoso, apresentaram uma prevalência intermédia (Hussein et al., 2007). Apenas 5% dos inquiridos relataram o roubo e 0.8%, o abuso sexual (Hussein et al., 2007). A maioria dos participantes (80.2%) referiu ainda que as fontes de ajuda com que entrariam em contato seriam os serviços sociais e os cuidadores pagos, caso verificassem negligência ou maus-tratos (Hussein et al., 2007; Lafferty, 2009).

Na Inglaterra, Daskalopoulos et al. (2006) realizaram um estudo com 50 participantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 73 anos (Daskalopoulos et al., 2006; Lafferty, 2009), incluindo funcionários de um centro de terapia e aconselhamento,

da universidade local, amigos e vizinhos dos agressores (Daskalopoulos et al., 2006). Com vista a investigar a percepção do abuso de idosos, por parte dos filhos (Daskalopoulos et al., 2006; Lafferty, 2009), solicitaram aos participantes que fornecessem exemplos de abuso extremo, moderado e leve (Daskalopoulos et al., 2006). Constataram que os exemplos de abuso extremo recaíram sobretudo no abuso físico (Daskalopoulos et al., 2006; Lafferty, 2009) e na negligência e de abuso leve ou moderado no abuso psicológico e na negligência (Daskalopoulos et al., 2006; Lafferty, 2009). Os exemplos de abuso físico recaíram na maioria das vezes no abuso extremo, do que no abuso moderado ou leve (Daskalopoulos et al., 2006). Contrariamente, o abuso psicológico recaiu maioritariamente no abuso moderado ou leve, do que no abuso extremo (Daskalopoulos et al., 2006). Os comportamentos abusivos específicos mais reportados pelos participantes recaíram na agressão verbal, negligência psicológica, física e privação (Daskalopoulos et al., 2006). Comparativamente aos homens, as mulheres reportaram mais exemplos de abuso financeiro e negligência física e consideraram maioritariamente a negligência psicológica como abuso extremo e o desrespeito como abuso leve (Daskalopoulos et al., 2006). No presente estudo, verificaram ainda uma correlação positiva entre a idade e os exemplos dados de negligência física (Daskalopoulos et al., 2006), enquanto abuso moderado e de abuso emocional, enquanto abuso leve (Daskalopoulos et al., 2006).

Em Portugal, Mercurio e Nyborn (2006) conduziram um estudo com 34 participantes, com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos, na mesma linha do estudo anterior (Daskalopoulos et al., 2006; Lafferty, 2009; Mercurio & Nyborn, 2006). Averiguaram que os exemplos de maus-tratos recaíram maioritariamente nos maus-tratos físicos, psicológicos e na negligência (Lafferty, 2009; Mercurio & Nyborn, 2006), particularmente na negligência psicológica (Mercurio & Nyborn, 2006). Os maus-tratos físicos e a negligência surgiram maioritariamente como exemplos de maus-tratos extremos (Lafferty, 2009; Mercurio & Nyborn, 2006). Os homens foram um pouco mais propensos que as mulheres a mencionar os maus-tratos físicos como uma forma extrema de maus-tratos, contrariamente, as mulheres foram mais propensas a mencionar o abandono (Lafferty, 2009; Mercurio & Nyborn, 2006).

Efetivamente, embora existam uma panóplia de estudos sobre o abuso de idosos, poucos têm abarcado os pontos de vista desta população sobre este assunto, nesse sentido, Erlingsson et al. (2005) conduziram um estudo com 37 idosos, com idade igual ou superior a 63 anos, de quatro regiões do Sul da Suécia (Erlingsson et al., 2005). Os

participantes reportaram que o seu conhecimento sobre a temática adveio dos mídia. A percepção de abuso assentou, portanto, em quatro temas, designadamente no conceito, causas, consequências e estratégias de *coping* (Erlingsson et al., 2005). O conceito de abuso incidiu no abuso físico, psicológico, social, financeiro, negligência e autonegligência, mas a principal conclusão foi a percepção de abuso enquanto um ato físico de roubo ou assalto. As causas apontadas remeteram para particularidades individuais e mudanças na matriz social e ao nível familiar. As consequências foram descritas em termos de respostas comportamentais e emocionais, tendo sido o medo, apontado como a principal consequência do abuso de idosos. As estratégias de *coping* abrangeram estratégias individuais, melhorias na matriz social e apoio às vítimas (Erlingsson et al., 2005). A discriminação em razão de idade manteve-se intrínseca nos resultados encontrados no presente estudo, assim como as diferenças de género (Erlingsson et al., 2005).

Tsukada, Saito e Tatara (2001) levaram a cabo um estudo com 4.391 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos (Tsukada et al., 2001). Averiguaram que mais de metade dos idosos já tinha ouvido falar do abuso contra idosos (Tsukada et al., 2001). Desses, cerca de 18% conheciam vítimas do fenómeno enfatizado (Tsukada et al., 2001). Constataram ainda que as definições de abuso contra idosos entre os participantes abrangeram o abuso psicológico, a negligência, o abuso físico e o abuso financeiro (Tsukada et al., 2001).

Lee et al. (2011) efetuaram um estudo recorrendo a cenários hipotéticos de abuso físico, psicológico, financeiro e negligência, com um total de 248 idosos, i.e., 124 idosos residentes na Coreia e 124 imigrantes da Coreia, residentes nos EUA, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos (Lee et al., 2011). Apuraram que os participantes percecionaram os cenários de abuso físico e financeiro (91% em ambos os grupos de participantes) como constituindo maus-tratos (Lee et al., 2011). Para os cenários de abuso psicológico (66% dos Coreanos, 81% dos imigrantes da Coreia e 9% não tinham a certeza) e de negligência as percepções variaram (40% dos Coreanos e 37% dos imigrantes da Coreia), apresentando este último cenário uma percentagem reduzida (Lee et al., 2011). Foi ainda possível constatar, nos participantes da Coreia, uma forte associação entre a percepção de maus-tratos e a intenção de procurar ajuda para todos os tipos de maus-tratos e nos imigrantes da Coreia, apenas para o abuso físico (Lee et al., 2011).

Finalmente, Dong et al. (2011) levaram a cabo um estudo com 39 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em Chicago, nos EUA e imigrados maioritariamente da China Continental e uma pequena dimensão de Taiwan e Hong Kong (Dong et al., 2011). Averiguaram que quando os participantes foram solicitados a caracterizar os diferentes tipos de maus-tratos, os exemplos mais citados recaíram maioritariamente na negligência do cuidador (Dong et al., 2011). Constataram ainda que os participantes percecionaram os maus-tratos psicológicos como o tipo de maus-tratos mais grave e que demonstraram um conhecimento limitado sobre fontes de ajuda, não obstante, determinados participantes fizeram referência a centros de serviços comunitários locais (Dong et al., 2011).

Abordados, portanto, todos os pontos que parecem ser pertinentes para a compreensão do fenómeno em causa, iremos passar ao nosso estudo empírico.

PARTE B
CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III
O ESTUDO

3.1. Método

O presente estudo obedeceu a um método em que se exploraram fundamentalmente dados qualitativos, através da adoção de um plano de estudo exploratório, transversal, observacional e descritivo, com recurso à técnica de entrevista, diretiva e estruturada, tratando-se de uma análise baseada no autorrelato.

Assim, e tendo em mente nortear o estudo para questões às quais urge responder, traçaram-se as seguintes questões de investigação:

- i) Quais as percepções dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos dirigidos àquela população?
- ii) Quais os conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos dirigidos àquela população?
- iii) Haverá, por parte dos profissionais, conhecimento de indicadores das múltiplas formas de maus-tratos, a ponto de se verificarem e identificarem situações mais subtis de maus-tratos?

Tendo em vista a obtenção de respostas para estas questões, foi o momento de definir os objetivos a alcançar neste trabalho. Em termos mais genéricos, pretendeu-se:

- i) Analisar as percepções e os conhecimentos, dos idosos e dos profissionais, a respeito dos maus-tratos contra idosos;
- ii) Conhecer mais profundamente o que os idosos e os profissionais que os apoiam definem como sendo maus-tratos;
- iii) Caracterizar os maus-tratos eventualmente infligidos sobre a amostra em estudo.

Mais especificamente procurou-se alcançar objetivos mais concretos, como:

- i) Saber como são percebidos, por parte dos idosos e dos profissionais que os apoiam, os comportamentos identificados na literatura como maus-tratos;
- ii) Identificar o conjunto de sinais de maus-tratos, conhecidos por parte dos profissionais que os apoiam;
- iii) Apurar a forma como os idosos gerem tais situações consideradas como maus-tratos e aferir a forma como os profissionais que trabalham mais diretamente com idosos intervêm/agem em situações com indicadores da possibilidade de existência de maus-tratos.

Tendo em vista o alcance dos objetivos supracitados e a busca de obtenção de respostas para as questões de investigação previamente estabelecidas, tornou-se necessária a exposição clara do que se deveria averiguar e como se deveria fazê-lo,

mediante uma panóplia de tomadas de decisão que passam a ser apresentadas nos pontos que se seguem.

3.1.1. Caracterização da amostra

A seleção da amostra obedeceu a critérios de inclusão previamente estipulados, tendo sido garantido o seu cumprimento com o auxílio dos diretores técnicos das instituições. Assim, foram inquiridos dois grupos de pessoas: os idosos que se encontravam nas instituições e os seus cuidadores formais, funcionários dessas instituições.

Na totalidade, participaram 42 indivíduos, designadamente 19 idosos institucionalizados e 23 profissionais, a exercerem funções em lar, centro de dia e apoio domiciliário. Convém deixar claro que a amostra inicial contava com 43 elementos, sendo que um dos idosos acabou por ser retirado por ser o único que apenas frequentava o centro de dia, não estando internado, o que poderia constituir um fator de viés metodológico.

As principais características sociodemográficas da amostra de inquiridos apresentam-se nos quadros seguintes (cf. Quadros 1, 2, 3, 4 e 5).

Quadro 1.

Distribuição dos participantes em função do sexo.

Sexo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idosos		
Feminino	14	33.3
Masculino	5	11.9
Total parcial	19	45.2
Profissionais		
Feminino	22	52.4
Masculino	1	2.4
Total parcial	23	54.8
Total	42	100

Conforme se pode constatar pelo quadro 1, havia um número consideravelmente mais elevado de participantes do sexo feminino, quer ao nível dos idosos (33.3%), quer ao nível dos profissionais dessa área de trabalho (52.4%).

Quadro 2.

Distribuição dos participantes em função da idade.

Intervalo de idades (anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idosos		
50-54	1	2.4
55-59	1	2.4
60-64	1	2.4
65-69	1	2.4
70-74	1	2.4
75-79	0	0.0
80-84	8	19.0
85-89	5	11.8
90-94	1	2.4
Total parcial	19	45.2
Profissionais		
20-24	1	2.4
25-29	1	2.4
30-34	2	4.7
35-39	2	4.7
40-44	3	7.2
45-49	9	21.4
50-54	3	7.2
55-59	1	2.4
60-64	1	2.4
Total parcial	23	54.8
Total	42	100

A média de idades dos idosos foi de 78.8 anos (DP=11.49), variando entre os 52 e os 93 anos, e distribuindo-se de acordo com o que se encontra no quadro 2, em que pode averiguar-se que um número elevado (19.0%) de participantes se encontrava entre os 80 e os 84 anos, bem como entre os 85 e os 89 anos, em 11.8% dos inquiridos. No que aos profissionais se refere, a média de idades foi de 44.4 anos (DP=8.9), variando entre os 24 e os 63 anos, e distribuindo-se conforme o que se encontra no quadro 2, em que pode observar-se que um número muito elevado (21.4%) de participantes se encontrava entre os 45 e os 49 anos.

Quadro 3.

Distribuição dos participantes em função do estado civil.

Estado civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idosos		
Solteiro/a	6	14.3
União de facto	0	0.0
Casado/a	6	14.3
Divorciado/a	0	0.0
Viúvo/a	7	16.7
Total parcial	19	45.2
Profissionais		
Solteiro/a	1	2.4
União de facto	1	2.4
Casado/a	19	45.2
Divorciado/a	2	4.8
Viúvo/a	0	0.0
Total parcial	23	54.8
Total	42	100

O estado civil dos idosos distribuiu-se conforme o que se encontra no quadro 3, em que pode constatar-se um número elevado (16.7%) de participantes cujo estado civil era de viúvo/a. No que aos profissionais se refere, o estado civil distribuiu-se mediante o que se encontra no quadro 3, em que pode averiguar-se um número elevado (45.2%) de participantes cujo estado civil era de casado/a.

Quadro 4.

Distribuição dos participantes em função da escolaridade.

Escolaridade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idosos		
0 anos	12	28.6
4 anos	6	14.3
9 anos	0	0.0
12 anos	1	2.4
Mais de 12 anos	0	0.0
Total parcial	19	45.2
Profissionais		
0 anos	1	2.4
4 anos	6	14.3
9 anos	9	21.4
12 anos	5	11.9
Mais de 12 anos	2	4.8
Total parcial	23	54.8
Total	42	100

A escolaridade dos idosos distribuiu-se mediante o que se encontra no quadro 4, em que pode observar-se que um número elevado (28.6%) de participantes estudou 0 anos. No que aos profissionais se refere, a escolaridade distribuiu-se de acordo com o que se encontra no quadro 4, em que pode constatar-se que um número elevado (21.4%) de participantes estudou 9 anos.

Quadro 5.
Distribuição dos idosos quanto aos familiares próximos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idosos com filhos		
Sim	9	47.4
Não	10	52.6
Total parcial (idosos)	19	100
Idosos estão regularmente com os filhos		
Sim	9	47.4
Não	0	0.0
Não se aplica	10	52.6
Total parcial (idosos)	19	100
Idosos com outros familiares próximos		
Sim	17	89.5
Não	2	10.5
Total parcial (idosos)	19	100
Idosos estão regularmente com esses familiares		
Sim	13	68.4
Não	4	21.1
Não se aplica	2	10.5
Total parcial (idosos)	19	100

No que diz respeito à eventual existência de apoio informal aos idosos através de contactos (ou não) com filhos e/ou outros familiares, constatou-se (cf. Quadro 5) que todos os idosos com filhos (47.4% do grupo de idosos) costumavam estar regularmente na sua companhia. O mesmo não se verificou em relação a outros familiares próximos que não os filhos, em que apenas 13, dos 17 que tinham familiares próximos, usufruíam desse convívio.

3.1.2. Material e procedimento

Para obter todas as informações necessárias para o estudo, foram utilizados determinados instrumentos de recolha e registo de dados, que passam a apresentar-se de seguida:

- i) Entre o material utilizado, encontra-se a declaração de consentimento informado (cf. Anexo A), cuja assinatura por parte dos participantes indica terem

consentido participar no estudo. Trata-se, portanto, de um documento escrito que indica que os participantes compreenderam a explicação que lhes foi fornecida acerca da participação da investigação, bem como a respeito do estudo em que serão incluídos. Houve o cuidado de alertar os possíveis participantes para a possibilidade de fazerem as perguntas que julgassem necessárias, obtendo resposta satisfatória e que tomando conhecimento sobre o estudo, a sua duração, os métodos e o destino a dar às informações recolhidas. Além disso, foi-lhes dito que teriam o direito de recusar, a todo o tempo, a sua participação no estudo, sem que isso pudesse ter qualquer efeito prejudicial, tendo sido dadas garantias de anonimato e confidencialidade.

ii) O questionário de registo de dados sociodemográficos, dirigido a idosos (cf. Anexo B) e o questionário de registo de dados sociodemográficos, dirigido a profissionais (cf. Anexo C), construído propositadamente para o estudo em causa, teve como propósito registar todas as informações fundamentais de cada participante, nomeadamente os dados sociodemográficos, abrangendo elementos que, entre idosos e entre profissionais, se revelavam importantes.

iii) O guião de entrevista, diretiva e estruturada, dirigida aos idosos (cf. Anexo D) e o guião de entrevista dirigida aos profissionais (cf. Anexo E), serviram de orientadores ao longo das conversações. O guião dirigido aos idosos abarcou três partes, com perguntas referentes à sua vida antes de estar na instituição, à sua vida desde que se encontra na instituição e aos maus-tratos contra idosos. O guião dirigido aos profissionais abarcou duas partes, com perguntas referentes à execução das suas funções na instituição e aos maus-tratos contra idosos. Portanto, para a entrevista construíram-se, propositadamente, os guiões e, por conseguinte, emergiu a necessidade de realização de um pré-teste, o qual foi realizado individualmente, junto de três idosos, tendo sido uma condução de entrevista acompanhada da denominada reflexão falada. No que remete para os profissionais, houve ainda esse cuidado da realização de um pré-teste acompanhado da reflexão falada junto de três profissionais. Uma vez analisados os resultados dos pré-testes, houve necessidade de introduzir algumas alterações, a fim de que se garantisse realmente um conjunto de perguntas de fácil compreensão e resposta e que, evidentemente facultasse a informação necessária ao estudo.

Para a execução do estudo, foi crucial submeter o protocolo de investigação à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP), uma vez que este estudo

envolve seres humanos e como tal estão subjacentes determinadas questões éticas e deontológicas. Foi igualmente importante entregar um pedido de autorização para a realização do estudo, assim como o protocolo de investigação, às instituições onde se pretendia recolher os dados.

Após a obtenção das devidas autorizações, foi efetuada a seleção da amostra e foram sendo estipulados os melhores dias para a condução das entrevistas.

Sendo a participação de carácter voluntário, a investigadora dirigia-se de modo informal a cada idoso, solicitando a sua participação na investigação e proferindo uma breve explicação da mesma. Evidentemente, antes dessa abordagem a cada idoso, havia o cuidado de apurar, junto da equipa técnica, sobre as condições (físicas e psíquicas) de o idoso poder vir a participar ou não no estudo. No caso dos profissionais, a investigadora dirigia-se de modo informal ao seu gabinete, solicitando a sua participação na investigação e proferindo uma breve explicação da mesma ou os próprios dirigiam-se ao local da entrevista, conforme a sua disponibilidade de trabalho. A condução de cada entrevista, foi, concomitantemente, antecedida de uma explicação pormenorizada a cada participante dos aspetos já referenciados e subjacentes a uma declaração de consentimento informado, por forma a obter o seu consentimento no estudo em causa. A entrevista propriamente dita, foi administrada junto de cada participante de forma individualizada e teve uma duração que variou entre os 40 e os 53 minutos.

Após a finalização de cada entrevista, foi proferido a cada participante um enorme agradecimento pela sua disponibilidade e cooperação, assim como às instituições, com o comprometimento de que lhes seria enviada a dissertação de mestrado, após o seu término.

Apresentados os procedimentos utilizados, torna-se pertinente que se refira que se implementou uma codificação por “Caixas” (Bardin, 2015), sobre as questões mais abertas da entrevista conduzida junto dos idosos e dos profissionais, conforme pode verificar-se pelo sistema de categorias que se apresenta ao longo da própria descrição dos resultados obtidos.

3.2. Resultados

Após a recolha dos dados, seguindo o conjunto de procedimentos acabados de expor, é chegado o momento de se passar à apresentação dos resultados, sendo que, nas questões mais abertas, tal apresentação incluirá as categorias segundo as quais se codificaram as respostas dos sujeitos, conforme referido no ponto anterior.

3.2.1. Resultados referentes aos idosos

No que se refere aos resultados relativos aos idosos, vejam-se as respostas correspondentes à sua vida prévia à institucionalização (cf. Quadro 6).

Quadro 6.

Respostas dos idosos quanto à sua vida antes de estarem na instituição.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Desenvolvimento de trabalho diário		
Sim	13	68.4
Não	6	31.6
Total parcial (idosos)	19	100
Tipo de trabalho então desenvolvido		
Categorias		
Doméstica/Cuidador Informal	11	57.9
Comércio/Construção Civil	2	10.5
Não se aplica	6	31.6
Total parcial (idosos)	19	100
Contexto do trabalho então desenvolvido		
Categorias		
Contexto Ocupacional (não profissional)	10	52.6
Contexto Profissional	2	10.5
Contexto Misto	1	5.3
Não se aplica	6	31.6
Total parcial (idosos)	19	100

Assim, e conforme o quadro 6, pode constatar-se que mais de metade (68.4%) dos idosos que participaram neste estudo desenvolvia algum tipo de trabalho antes de ingressarem na instituição em que se encontravam. Desses, um número elevado (57.9%) realizava trabalhos associados a tarefas domésticas e de cuidados com a família. É ainda de salientar, que dos 13 idosos com atividade, um número elevado (52.6%) desenvolvia-as em contexto ocupacional (não profissional).

Quanto à sua vida desde que se encontravam na instituição, vejam-se os resultados apresentados no quadro seguinte (cf. Quadro 7).

Quadro 7.

Respostas dos idosos quanto à sua vida desde que se encontram na instituição.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Unidade/valência que frequenta			
Lar	19	100	-
Centro de dia	0	0.0	-
Lar e Centro de dia	0	0.0	-
Total parcial (idosos)	19	100	
Tempo que frequenta a unidade/valência			
Categorias			
<1 ano	9	47.4	-
2-5 anos	6	31.6	-
6-9 Anos	1	5.3	-
>9 anos	1	5.3	-
Não soube precisar	2	10.5	-
Total parcial (idosos)	19	100	-
Atividades da vida diária na unidade/valência que frequenta			
Categorias			
Atividades lúdicas/ocupacionais	17	89.5	“Passeio, vejo televisão, faço sopas de letras...”; “...atividades com as pessoas, vejo televisão.”
Cuidados básicos	2	10.5	“Não fazemos nada, estamos à espera do que nos façam, é comida e estar quieta...”
Total parcial (idosos)	19	100	-

Mediante o quadro 7, pode observar-se que todos os idosos inquiridos estavam em regime de internamento, estando portanto, em lar enquanto unidade/valência frequentada. Desses, um número elevado (47.4%), frequentava, no momento da recolha de dados, a dita unidade/valência há menos de um ano. Pode ainda observar-se, que mais de metade (89.5%) dos idosos mencionou que a sua vida diária no lar era marcada por atividades lúdicas/ocupacionais (e.g., “Vejo televisão, vou lendo...”).

Relativamente ao conhecimento dos idosos quanto aos maus-tratos que eventualmente possam ser infligidos contra pessoas da terceira idade, os resultados podem observar-se no quadro 8.

Quadro 8.

Respostas dos idosos quanto ao que conhecem sobre maus-tratos contra idosos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Acesso a informação sobre maus-tratos			
Sim	16	84.2	-
Não	3	15.8	-
Total parcial (idosos)	19	100	-
Tipo de fontes de informação sobre maus-tratos contra idosos			
Categorias			
Comunicação Social	11	57.9	“Televisão...”
Conhecimento Informal	4	21.1	“De se ouvir falar...”
Mais do que uma fonte de informação	1	5.3	“Por mim, na televisão.”
Não se aplica	3	15.8	-
Total parcial (idosos)	19	100	-
Definição de maus-tratos contra idosos			
Categorias			
Maus-tratos psicológicos e/ou negligência	7	36.8	“Não ter atitudes de ralhar...exigência de silêncio absoluto...uma alimentação fraca.”
Tratos desadequados	6	31.6	“É o mau comportamento que tem com os idosos.”
Maus-tratos físicos	3	15.8	“Baterem...”
Maus-tratos materiais	0	0.0	-
Não soube responder	3	15.8	-
Total parcial (idosos)	19	100	-

Consoante o quadro 8, pode averiguar-se que mais de metade (84.2%) dos idosos tinha acesso a informação sobre os maus-tratos. Desses, 57.9% referiram que o tipo de fonte através da qual tiveram acesso a informação sobre a problemática enfatizada foi a comunicação social. Pode ainda verificar-se, que dos 16 idosos que referiram que tinham acesso a informação sobre os maus-tratos contra a terceira idade, um número elevado (36.8%) definiu-os como maus-tratos psicológicos e/ou negligência (e.g., “É fazer pouco de um gajo que não anda, falar alto”).

Apresentadas aos idosos, situações tipificadas como maus-tratos, vejam-se os resultados apresentados nos quadros seguintes (cf. Quadro 9, 10 e 11), a respeito de se as consideraram como tal, se já lhes aconteceram, assim como se tinham conhecimento que tivessem sucedido a um idoso, que fosse seu familiar, amigo ou conhecido.

Quadro 9.

Respostas dos idosos quanto a situações que consideram maus-tratos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	N (I)
Situações que considera maus-tratos			19 Idosos
Usar da força física	17	89.5	
Abandonar	17	89.5	
Punir fisicamente	16	84.2	
Não satisfazer as principais necessidades	16	84.2	
Humilhar	16	84.2	
Apoquentar por palavras	15	78.9	
Usar de forma não autorizada as propriedades	15	78.9	
Magoar ou ofender por palavras	15	78.9	
Ameaçar de diferentes maneiras	15	78.9	
Usar de forma não autorizada o dinheiro	15	78.9	
Usar de forma não autorizada os bens	15	78.9	
Submedicar	14	73.7	
Sobremedicar	14	73.7	
Forçar ao contato sexual	14	73.7	
Entristecer e envergonhar por palavras	14	73.7	
Entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos	14	73.7	
Tratar como se fosse uma criança	11	57.9	

Assim, e através do quadro 9, é de realçar, as situações de usar da força física e de abandonar, como tendo sido as mais apontadas (89.5%) pelos idosos, logo seguidas de punir fisicamente, não satisfazer com as principais necessidades e humilhar (84.2%). É importante notar que todas as categorias foram identificadas como pertencentes ao grupo de ações consideradas como maus-tratos, por mais de metade dos idosos.

Quadro 10.

Respostas dos idosos quanto a situações que já lhes aconteceram.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	N (I)
Situações que já lhe aconteceram			19 Idosos
Apoquentar por palavras	2	10.5	
Entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos	1	5.3	
Magoar ou ofender por palavras	1	5.3	
Tratar como se fosse uma criança	1	5.3	
Submedicar	1	5.3	
Sobremedicar	1	5.3	
Usar de forma não autorizada o dinheiro	1	5.3	
Não satisfazer as principais necessidades	1	5.3	
Usar da força física	0	0.0	
Punir fisicamente	0	0.0	
Forçar ao contato sexual	0	0.0	
Entristecer e envergonhar por palavras	0	0.0	
Humilhar	0	0.0	
Ameaçar de diferentes maneiras	0	0.0	
Usar de forma não autorizada os bens	0	0.0	
Usar de forma não autorizada as propriedades	0	0.0	
Abandonar	0	0.0	

Mediante o quadro 10, é de salientar, a situação de apoquentar por palavras como tendo sido a mais experienciada (10.5%) pelos idosos, logo seguida de entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos, magoar ou ofender por palavras, tratar como se fosse uma criança, submedicar, sobremedicar, usar de forma não autorizada o dinheiro e não satisfazer com as principais necessidades do idoso (5.3%). É importante observar que todas as outras categorias não foram experienciadas por parte dos idosos inquiridos.

Quadro 11

Respostas dos idosos quanto a situações que aconteceram a um idoso seu familiar, amigo ou conhecido.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	N (I)
Situações que aconteceram a um idoso seu familiar, amigo ou conhecido			19 Idosos
Usar da força física	3	15.8	
Abandonar	1	5.3	
Punir fisicamente	0	0.0	
Submedicar	0	0.0	
Sobremedicar	0	0.0	
Forçar ao contato sexual	0	0.0	
Entristecer e envergonhar por palavras	0	0.0	
Magoar ou ofender por palavras	0	0.0	
Apoquentar por palavras	0	0.0	
Entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos	0	0.0	
Humilhar	0	0.0	
Ameaçar de diferentes maneiras	0	0.0	
Tratar como se fosse uma criança	0	0.0	
Usar de forma não autorizada o dinheiro	0	0.0	
Usar de forma não autorizada os bens	0	0.0	
Usar de forma não autorizada as propriedades	0	0.0	
Não satisfazer as principais necessidades	0	0.0	

Já consoante o quadro 11, é de enfatizar a situação de usar da força física como tendo sido a mais experienciada (15.8%) por parte de um idoso, que seja familiar, amigo ou conhecido dos idosos inquiridos, logo seguida de abandonar (5.3%). É importante notar que todas as outras categorias não foram experienciadas por parte de um sujeito da terceira idade, que fosse familiar, amigo ou conhecido dos idosos inquiridos.

Apresentados os resultados a respeito de se os idosos consideraram cada uma das situações apresentadas e tipificadas como maus-tratos como tal, se já lhes aconteceram, assim como se tinham conhecimento que tivessem sucedido a um idoso, que fosse seu familiar, amigo ou conhecido, seguem-se os resultados apresentados no quadro 12, a respeito da forma como os idosos lidaram/lidariam perante situações como as referidas anteriormente.

Quadro 12.

Respostas dos idosos quanto à forma como lidaram/lidariam perante situações como as referidas.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Forma como lidou/lidaria face a situações de maus-tratos			
Categorias			
Hostilidade/agressividade	4	21.1	“...também tratava mal...se tratarem mal não fico quieta...”
Passividade	4	21.1	“...não lhe ligava, deixava andar.”
Atitude corretiva/crítica	2	10.5	“Olha tinha que dizer que isso não se faz às pessoas que não podem.”
Denúncia	1	5.3	“...chamava a polícia para tratar do assunto, se fizessem aqui ia-me logo embora, dizia ao meu filho.”
Outra forma	3	15.8	“Lidava mal...”
Não soube responder	5	26.3	-
Total parcial (idosos)	19	100	-

Assim, e mediante o quadro 12, pode observar-se que um número elevado (26.3%) de idosos não soube responder a esta pergunta. É de realçar que, dos 14 idosos que souberam responder, um número elevado (21.1%) revelou que lidou/lidaria perante as situações tipificadas como maus-tratos, com hostilidade/agressividade (e.g., “...se calhar batia-lhe também”), assim como com passividade (e.g., “...não ligava importância”). No que concerne ao que consideraram que leva alguém a maltratar um indivíduo da terceira idade, os resultados podem observar-se no quadro 13.

Quadro 13.

Respostas dos idosos quanto ao que consideram que leva alguém a maltratar um idoso.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Motivos para os maus-tratos			
Categorias			
Pessoais	10	52.6	“Traziam os problemas de casa...”
Profissionais	3	15.8	“Há pessoas que pelo trabalho que o idoso dá, parece que é um frete...”
Materiais	0	0.0	-
Outros motivos	1	5.3	“Falta serem punidos...”
Não soube responder	5	26.3	-
Total parcial (idosos)	19	100	-

Conforme o quadro 13, pode constatar-se que um número elevado (52.6%) de idosos consideraram que o que leva alguém a maltratar um idoso são motivos de caráter pessoal (e.g., “É mau íntimo que elas tem”). No que remete para o que consideraram ser as consequências dos maus-tratos, vejam-se os resultados apresentados de seguida (cf. Quadro 14).

Quadro 14.

Respostas dos idosos quanto ao que consideram ser as consequências dos maus-tratos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Consequências dos maus-tratos			
Categorias			
Emocionais	9	47.4	“...ficam tristes não tem a quem valer.”; “Mal-estar...”
Outras consequências	3	15.8	“Más, coitadinhos, alguns estão aparvalhados não sentem nada, poucos são os que estão bem.”
Não soube responder	7	36.8	-
Total parcial (idosos)	19	100	-

Através do quadro 14, pode verificar-se que um número elevado (47.4%) de idosos consideraram que os maus-tratos assumem para as suas vítimas consequências a nível emocional (e.g., “...mais triste e chega a suicidar-se”). Relativamente ao que consideraram ser as características das vítimas e dos agressores de maus-tratos, seguem-se os resultados no quadro 15.

Quadro 15.

Respostas dos idosos quanto ao que consideram ser as características das vítimas e dos agressores.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Características das vítimas de maus-tratos			
Categorias			
Problemas afetivo-emocionais	6	31.6	“Vivem tristes...”
Sinais de dependência/fragilidade	1	5.3	“Doenças...”
Outras características	8	42.1	“São más, depois tratam-nas mal...”; “...difíceis de aturar.”
Não soube responder	4	21.1	-
Total parcial (idosos)	19	100	-
Características dos agressores de maus-tratos			
Categorias			
Características pessoais desajustadas	12	63.2	“São ruins, boas não podem ser...”; “Agressivos...”
Stresse/ansiedade	2	10.5	“Stressadas, a tratar deste daquele e do outro e saem coisas para fora da boca.”
Experiências prévias de vitimização	0	0.0	-
Outras características	0	0.0	-
Não soube responder	5	26.3	-
Total parcial (idosos)	19	100	-

Consoante o quadro 15, pode averiguar-se que um número elevado (42.1%) de idosos considerou que as vítimas comportam outras características, estando subjacente a responsabilização da vítima (e.g., “...muito chatas”), na larga maioria desses inquiridos. No que aos agressores se refere, pode observar-se que mais de metade dos idosos (63.2%) considerou que possuem características pessoais desajustadas (e.g., “São velhacas, são más, tem mau íntimo...”). No que respeita ao conhecimento sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos, vejam-se os resultados apresentados no quadro seguinte (cf. Quadro 16).

Quadro 16.

Respostas dos idosos quanto ao que conhecem sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Acesso a informação sobre as leis			
Sim	2	10.5	-
Não	17	89.5	-
Total parcial (idosos)	19	100	
Tipo de fontes de informação sobre as leis			
Categorias			
Comunicação social	2	10.5	“Porque vejo muita televisão.”
Formação/ experiência profissional	0	0.0	-
Conhecimento informal	0	0.0	-
Mais do que uma fonte de informação	0	0.0	-
Não se aplica	17	89.5	-
Total parcial (idosos)	19	100	
Classificação das leis			
Suficientes/adequadas	1	5.3	-
Insuficientes/inadequadas	1	5.3	-
Não se aplica	17	89.5	-
Total parcial (idosos)	19	100	-

Assim, e mediante o quadro 16, pode observar-se que mais de metade (89.5%) dos idosos não tinha acesso a informação sobre as leis respeitantes aos maus-tratos contra idosos. Contudo, torna-se importante frisar, que 10.5% dos idosos tinham acesso a informação sobre as leis enfatizadas. Desses, igual número (10.5%) mencionou a comunicação social, como a fonte através da qual tiveram acesso a informação sobre as leis referentes aos maus-tratos, sendo que 5.3% classificou-as como suficientes/adequadas, assim como insuficientes/inadequadas.

3.2.2. Resultados referentes aos profissionais

No que se refere aos resultados relativos aos profissionais, vejam-se as respostas correspondentes à execução das suas funções na instituição (cf. Quadro 17).

Quadro 17.

Respostas dos profissionais quanto à execução das suas funções na instituição.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Funções que exerce			
Categorias			
Auxiliar/serviços gerais	13	56.5	-
Cozinha/refeitório	4	17.4	-
Serviços ao domicílio	3	13.0	-
Chefias intermédias/pessoal técnico	3	13.0	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Tempo de execução das funções			
Categorias			
<1 ano	4	17.4	-
2-5 anos	11	47.8	-
6-9 anos	1	4.3	-
10-13 anos	4	17.4	-
14-17 anos	1	4.3	-
>18 anos	2	8.7	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Motivo para a execução das funções			
Categorias			
Gosto/opção e emprego	8	34.8	“Gostava de vir para aqui... gosto de trabalhar com os idosos.”; “...porque gosto...porque estava desempregada.”
Situação de desemprego	7	30.4	“Falta de trabalho, estava desempregada.”
Vaga/substituição/circunstâncias	6	26.1	“Houve uma vaga, vim substituir uma pessoa...”; “Trabalhava na cozinha e como tenho artrites pedi um trabalho mais leve.”
Negócio familiar	2	8.7	“Negócio familiar...”
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Atividades da vida diária na unidade/valência			
Categorias			
Prestação de cuidados básicos	16	69.6	“Fazer higiene, levá-los, dar o pequeno-almoço, almoço e tratar deles.”
Prestação de cuidados básicos e assistência médica	7	30.4	“De manhã, dou os pequenos-almoços...os medicamentos da manhã, depois preparamos as coisas do almoço, e depois preparamos o jantar, é basicamente dentro dist.o”
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Atividade da vida diária dos idosos que apoia			
Categorias			
Cuidados básicos	12	52.2	“...tomam as refeições, são feitas as higiènes...”
Atividades lúdicas/ocupacionais	11	47.8	“...a maior parte do tempo a ver televisão, quando o tempo está bom vão lá fora, tem animação...”
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Assim, e conforme o quadro 17, pode constatar-se que um pouco mais de metade (56.5%) dos profissionais que participaram neste estudo exercia funções de auxiliar/serviços gerais. No momento da recolha de dados, um número elevado (47.8%) exercia funções na instituição entre os dois e os cinco anos. Pode ainda observar-se, que o gosto/opção e emprego (e.g., “Por gostar um bocadinho vim experimentar, gostei e fiquei”) foi apontado por parte de um número elevado (34.8%) de profissionais, como o principal motivo para a execução das suas funções na instituição. Assim como, que mais de metade (69.6%) dos profissionais mencionou que a sua vida diária na unidade/valência era marcada pela prestação de cuidados básicos (e.g., “...dar banho, higiene, dar-lhes comer”) e que um número elevado (52.2%) revelou que a atividade da vida diária dos idosos que apoiam era assinalada por cuidados básicos.

Relativamente ao conhecimento dos profissionais quanto aos maus-tratos que eventualmente possam ser infligidos contra pessoas da terceira idade, vejam-se os resultados apresentados no quadro 18.

Quadro 18.

Respostas dos profissionais quanto ao que conhecem sobre maus-tratos contra idosos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Acesso a informação sobre maus-tratos			
Sim	23	100	-
Não	0	0.0	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Tipo de fontes de informação sobre maus-tratos contra idosos			
Categorias			
Formação/experiência profissional	7	30.4	“...tivemos uma formação sobre os maus-tratos.”; “Basta a gente trabalhar nisto, vamos aprendendo, basta a experiência.” “Na televisão...”
Comunicação social	2	8.7	
Conhecimento informal	2	8.7	“Desde pequena recebi as indicações básicas porque já acompanhava com idosos com os avós e os pais tratarem deles...”
Mais do que uma fonte de informação	12	52.2	“Comunicação social e aqui no contato mais direto.”; “Formação, através da comunicação social.”
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Definição de maus-tratos contra idosos			
Categorias			
Maus-tratos psicológicos e/ou negligência	14	60.9	“Negar-lhe a comida... psicologicamente... negar-lhes às vezes a água.”
Maus-tratos físicos	6	26.1	“...bater, dar puxões, empurrar.”
Tratos desadequados	2	8.7	“...é fazer mal ao idoso.”
Maus-tratos materiais	1	4.3	“...usufruir das coisas das pessoas sem autorização, roubar alguma coisa de casa das pessoas...”
Não soube responder	0	0.0	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Mediante o quadro 18, pode averiguar-se que todos os profissionais tinham acesso a informação sobre os maus-tratos. Desses, 52.2% referiram que tiveram acesso a informação sobre a problemática enfatizada a partir de mais do que uma fonte de informação (e.g., “Notícias, ações de formação, no centro de saúde...têm cartazes na parede, do senso comum”). Pode ainda observar-se que mais de metade (60.9%) dos profissionais definiram os maus-tratos contra a terceira idade como maus-tratos psicológicos e/ou negligência (e.g., “...psicológicos...privar da alimentação, higiene...”).

Apresentadas aos participantes do grupo de profissionais determinadas situações tipificadas como maus-tratos, vejam-se os resultados apresentados nos quadros seguintes (cf. Quadro 19, 20 e 21), a respeito de se os profissionais as consideraram como tal, assim como se tinham conhecimento que tivessem acontecido a um idoso, que fosse seu familiar, amigo ou conhecido.

Quadro 19.

Respostas dos profissionais quanto a situações que consideram maus-tratos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	N (P)
Situações que considera maus-tratos			
Usar da força física	23	100	23 Profissionais
Submedicar	23	100	
Sobremedicar	23	100	
Forçar ao contato sexual	23	100	
Magoar ou ofender por palavras	23	100	
Entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos	23	100	
Humilhar	23	100	
Ameaçar de diferentes maneiras	23	100	
Usar de forma não autorizada o dinheiro	23	100	
Abandonar	23	100	
Punir fisicamente	22	95.7	
Entristecer e envergonhar por palavras	22	95.7	
Apoquentar por palavras	22	95.7	
Usar de forma não autorizada os bens	22	95.7	
Usar de forma não autorizada as propriedades	22	95.7	
Não satisfazer as principais necessidades	22	95.7	
Tratar como se fosse uma criança	17	73.9	

Assim, e conforme o quadro 19, é de realçar, as situações de usar da força física, submedicar, sobremedicar, forçar ao contato sexual, magoar ou ofender por palavras, entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos, humilhar, ameaçar de diferentes maneiras, usar de forma não autorizada o dinheiro e abandonar, como tendo sido apontadas pela totalidade de profissionais inquiridos. É importante notar que todas as categorias que não foram identificadas pela totalidade dos profissionais como pertencentes ao grupo de ações consideradas como maus-tratos, foram identificadas por um número elevadíssimo de profissionais, designadamente por 95.7% e 73.9%.

Quadro 20.

Respostas dos profissionais quanto a situações que aconteceram a um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	N (P)
Situações que aconteceram a um idoso seu familiar, amigo ou conhecido			23 Profissionais
Abandonar	6	26.1	
Usar de forma não autorizada o dinheiro	5	21.7	
Submedicar	4	17.4	
Sobremedicar	4	17.4	
Tratar como se fosse uma criança	4	17.4	
Não satisfazer as principais necessidades	4	17.4	
Usar da força física	3	13.0	
Entristecer e envergonhar por palavras	3	13.0	
Magoar ou ofender por palavras	3	13.0	
Apoquentar por palavras	3	13.0	
Usar de forma não autorizada os bens	3	13.0	
Usar de forma não autorizada as propriedades	3	13.0	
Humilhar	2	8.7	
Ameaçar de diferentes maneiras	2	8.7	
Punir fisicamente	1	4.3	
Entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos	1	4.3	
Forçar ao contato sexual	0	0.0	

Já através do quadro 20, é de enfatizar a situação de abandonar como tendo sido a mais experienciada (26.1%) por parte de um idoso, que seja familiar, amigo ou conhecido dos profissionais, logo seguida de usar de forma não autorizada o dinheiro do idoso (21.7%). É importante observar que todas as categorias foram identificadas como tendo sido experienciadas por parte de um idoso, que fosse familiar, amigo ou conhecido dos profissionais, exceto a situação de forçar ao contato sexual.

Apresentados os resultados a respeito de se os profissionais consideraram cada uma das situações apresentadas e tipificadas como maus-tratos como tal, assim como se tinham conhecimento que tivessem sucedido a um idoso, que fosse seu familiar, amigo ou conhecido, seguem-se os resultados apresentados no quadro seguinte (cf. Quadro 21) a respeito do que consideraram ser os principais sinais de maus-tratos contra um sujeito da terceira idade.

Quadro 21.

Respostas dos profissionais quanto ao que consideram ser os principais sinais de maus-tratos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Sinais de maus-tratos			
Categorias			
Psicológicos/emocionais	16	69.6	“Tristes, principalmente quem está no juízo, choram...”; “Mais calado, se andar mais triste...”
Físicos	5	21.7	“Nódoas negras, sangue pisado.”; “Nódoas no corpo, marcas no corpo.”
Abandono	1	4.3	“...na questão de abandonar, não ver se está bem ou mal, durante um mês ou uma semana, desligar.”
Não soube responder	1	4.3	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Consoante o quadro 21, pode averiguar-se que mais de metade (69.6%) dos profissionais considerou que os principais sinais de maus-tratos contra a terceira idade são os sinais psicológicos/emocionais (e.g., “...medo, aflição a chegar a qualquer pessoa, medo de tudo e todos, estar esquivado...”). Relativamente à forma como intervinham perante eventuais sinais de maus-tratos, os resultados podem observar-se no quadro 22.

Quadro 22.

Respostas dos profissionais quanto à forma como intervêm perante os sinais.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Intervenção perante os sinais de maus-tratos			
Categorias			
Denúncia	14	60.9	“...contatar as autoridades competentes.”; “Eu ia agir com as colegas, denunciar, ligar para a GNR.”; “Falamos com as diretoras técnicas...”
Comunicação/apoio à vítima	4	17.4	“Falar com ele, dar-lhe carinho.”
Comunicação/penalização do agressor	4	17.4	“Se calhar falava com a pessoa que estivesse a dar os maus-tratos, para tentar chamar à razão.”; “...se nos apercebermos que uma funcionária maltratou...vai ser um despedimento com justa causa. Será um processo legal, um despedimento com justa causa e a pessoa já não vinha mais assim que fosse apurado que de facto tinha acontecido uma situação dessas.”
Medidas preventivas	1	4.3	“Tentar colaborar para que não volte a acontecer as situações...”
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Mediante o quadro 22, pode constatar-se que mais de metade (60.9%) dos profissionais recorreria à denúncia (e.g., “...alertar a direção”) como forma de intervenção perante eventuais sinais maus-tratos contra a terceira idade. No que concerne ao que consideraram que leva alguém a maltratar um indivíduo da terceira idade, seguem-se os resultados no quadro 23.

Quadro 23.

Respostas dos profissionais quanto ao que consideram que leva alguém a maltratar um idoso.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Motivos para os maus-tratos			
Categorias			
Pessoais	11	47.8	“...terão que ser pessoas com mau fundo, situações de frustração da vida pessoal...”; “...são maldosas, é maldade...”; “Não tem sentimentos...”
Profissionais	6	26.1	“Não tem vocação para o trabalho que estão a fazer.”
Materiais	2	8.7	“Neste momento acho que é o dinheiro, as reformas.”; “...querem dinheiro.”
Outros motivos	1	4.3	“É a ideia de cada um.”
Não soube responder	3	13.0	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Assim, e através do quadro apresentado anteriormente (cf. Quadro 23), pode observar-se que um número elevado (47.8%) de profissionais consideraram que o que leva alguém a maltratar um idoso são motivos de carácter pessoal (e.g. “...pessoas frustradas...”). No que remete para o que consideraram ser as consequências dos maus-tratos, vejam-se os resultados apresentados de seguida (cf. Quadro 24).

Quadro 24.

Respostas dos profissionais quanto ao que consideram ser as consequências dos maus-tratos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Consequências dos maus-tratos			
Categorias			
Emocionais	22	95.7	“...ser maltratada deve ser arrasador, devem-se perguntar o que estou aqui a fazer? Acho que é arrasador, tem que ser esse o sentimento...tristeza...”; “...deprimidos...pode levar mesmo à morte.”; “...trauma”; “...normalmente é o suicídio.”
Outras consequências	0	0.0	-
Não soube responder	1	4.3	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Conforme o quadro 24, pode constatar-se que um número elevadíssimo (95.7%) de profissionais consideraram que os maus-tratos assumem para as suas vítimas consequências a nível emocional (e.g., “...tem medo de falar, agir, pensam que já estão a fazer tudo mal”). Relativamente ao que consideraram ser as características das vítimas e dos agressores de maus-tratos, os resultados podem observar-se no quadro 25.

Quadro 25.

Respostas dos profissionais quanto ao que consideram ser as características das vítimas e dos agressores.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Características das vítimas de maus-tratos			
Categorias			
Problemas afetivo-emocionais	15	65.2	“...estar triste, mais fechado, mais no canto dele, ter medo das pessoas.”; “Tristeza, revolta...”
Sinais de dependência/fragilidade	3	13.0	“Dependentes, enganadas por burlões... outros estão debilitados não se conseguem mexer.”
Outras características	4	17.4	“Não tem família...”; “São pessoas boas demais.”
Não soube responder	1	4.3	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Características dos agressores de maus-tratos			
Categorias			
Características pessoais desajustadas	17	73.9	“De violência, que são pessoas violentas, bruscas.”; “Má, não tem coração.”
Stresse/ansiedade	2	8.7	“Pouca paciência, sinta que tem que fazer tudo rápido...”
Experiências prévias de vitimização	1	4.3	“...foram maltratadas pelos pais...”
Outras características	2	8.7	“Tem que estar doentes...”
Não soube responder	1	4.3	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Consoante o quadro 25, pode averiguar-se que mais de metade (65.2%) dos profissionais considerou que as vítimas de maus-tratos possuem como características os problemas afetivo-emocionais (e.g., “...tornar-se agressivas”). No que aos agressores se refere, pode observar-se que mais de metade (73.9%) dos profissionais considerou que comportam características pessoais desajustadas (e.g., “...são pessoas com mau íntimo”). No que respeita ao conhecimento sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos, seguem-se os resultados no quadro 26.

Quadro 26.

Respostas dos profissionais quanto ao que conhecem sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos.

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Verbalizações
Acesso a informação sobre as leis			
Sim	21	91.3	-
Não	2	8.7	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Tipo de fontes de informação sobre as leis			
Categorias			
Formação/experiência profissional	10	43.5	“Tivemos formação...”; “Também um pouco por aqui, por este trabalho, vamos conhecendo.”
Comunicação social	4	17.4	“Televisão...”
Conhecimento informal	1	4.3	“Sociedade em geral...”
Mais do que uma fonte de informação	6	26.1	“Televisão, formações, troca de palavras.”; “Ações de formação, como sócio dos lares de idosos, que mandam uma <i>newsletter</i> , do que é divulgado na comunicação social, por aí.”; “Através da televisão, internet, formação.”
Não se aplica	2	8.7	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-
Classificação das leis			
Suficientes/adequadas	11	47.8	-
Insuficientes/inadequadas	10	43.5	-
Não se aplica	2	8.7	-
Total parcial (profissionais)	23	100	-

Assim, e mediante o quadro 26, pode observar-se que um número elevadíssimo (91.3%) de profissionais tinha acesso a informação sobre as leis referentes aos maus-tratos contra idosos. Desses, um número elevado (43.5%) mencionou a formação/experiência profissional (e.g., “Aqui, em ações de formação”) como a fonte através da qual tiveram acesso a informação sobre as leis enfatizadas. É ainda de enfatizar, que dos 21 profissionais com acesso a informação sobre as leis respeitantes aos maus-tratos contra a terceira idade, um número elevado (47.8%) classificou-as como suficientes/adequadas.

3.3. Discussão

A partir dos resultados obtidos e acabados de descrever, revelando as respostas tendencialmente apresentadas pelos participantes neste estudo, passa-se agora a um momento em que se ultrapassa a mera descrição para se procurar uma interpretação reflexiva e de comparação entre o adquirido teoricamente e o obtido a partir da

investigação. Apenas após essa análise comparativa será possível partir-se para a inferência que conduzirá à conclusão.

Começar-se-á pela interpretação dos resultados referentes aos idosos (i.e., relativos à sua vida antes de estarem na instituição, desde que se encontram na instituição e aos maus-tratos), seguidos da análise interpretativa dos resultados respeitantes aos profissionais que os apoiam (i.e., relativamente à execução das suas funções na instituição e aos maus-tratos contra idosos).

3.3.1. Análise interpretativa dos resultados referentes aos idosos

O tempo de permanência na instituição representava, para a maioria dos idosos, uma experiência relativamente recente. Quanto às atividades diárias desenvolvidas pelos idosos, verificou-se que estes sinalizavam maioritariamente atividades ocupacionais, quer antes da institucionalização, quer desde que se encontram institucionalizados, o que poderá espelhar uma adaptação positiva.

No que toca à informação referente aos maus-tratos, a maioria dos idosos reconheceu ter tido acesso a conhecimentos sobre esta temática através da comunicação social, à semelhança do verificado no estudo realizado por Erlingsson et al. (2005).

A definição de maus-tratos convergiu com o que havia sido constatado no estudo de Erlingsson et al. (2005), no qual o conceito também havia incidido no abuso psicológico, físico e negligência. Porém, é de salientar, que no estudo mencionado, o conceito também incidiu no abuso social, financeiro, autonegligência e predominantemente enquanto um ato físico de roubo ou assalto, o que não se verificou no presente estudo. Também Tsukada et al. (2001), verificaram que os idosos percecionavam este tipo de abuso, nas configurações de abuso psicológico, físico e negligência. Contudo, é de enfatizar, que neste estudo, o abuso financeiro também era contemplado, ao contrário do que aconteceu na nossa investigação.

As categorias identificadas como pertencentes ao grupo de ações consideradas como maus-tratos, vão ao encontro do que havia sido constatado no estudo conduzido por Lee et al. (2011), no qual os idosos também identificaram cenários de abuso físico, psicológico, financeiro e de negligência, como constituindo maus-tratos, embora com algumas variações nestas últimas.

As ações de maus-tratos identificadas como tendo sido experienciadas por parte dos idosos corroboraram com variadíssimos estudos (e.g., Acierno et al., 2010; Friedman et al., 2015; Naughton et al., 2012), nos quais os idosos também teriam experienciado maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros e negligência. Contudo, é de ressaltar, que

nos estudos mencionados, os idosos também haviam sido alvo de maus-tratos sexuais, o não foi identificado como tendo sido experienciado pelos idosos inquiridos.

As ações de maus-tratos identificadas como tendo sido experienciadas por parte de um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido, vão ao encontro do que havia sido constatado no estudo levado a cabo por Hussein et al. (2007), no qual os participantes também reportaram que conheciam um idoso que tinha sido vítima de abuso físico. No entanto, é de enfatizar, que no estudo referido, os inquiridos também identificaram a falta de respeito, humilhação, jejum ou má nutrição, abuso sexual, o roubo e predominantemente o cuidado pessoal insuficiente ou inadequado, como tendo sido experienciados por parte de um idoso que conheciam.

A forma como lidaram ou lidariam perante os de maus-tratos, convergiu com o que foi constatado no estudo realizado por Erlingsson et al. (2005), no qual os idosos também mencionaram estratégias individuais. Contudo, é de salientar, que neste estudo também referiram alterações ao nível da matriz social e apoio às vítimas, não corroborando com o nosso estudo. Em outros estudos (e.g., Lafferty et al., 2012) os idosos que experienciaram abuso também haviam mencionado a confrontação e a afirmação como a forma como lidaram com o abuso. Porém, é de ressaltar, que no estudo mencionado os idosos também recorreram a estratégias de evitação, pontos pessoais fortes, racionalização e encontraram um lugar para se refugiar, isento do abuso, não convergindo com os resultados encontrados. Recorde-se também o estudo levado a cabo por O’Kneffe et al. (2007), em que os idosos que tinham experienciado maus-tratos também haviam referido que reportaram a situação, que note-se que foi também mencionado pelos idosos inquiridos como a forma como lidaram ou lidariam perante ações de maus-tratos.

Reparando nos motivos suscetíveis de conduzirem aos maus-tratos, foi possível verificar que convergiram com o que havia sido constatado no estudo levado a cabo por Erlingsson et al. (2005) no qual os idosos também referiram particularidades individuais como as causas dos maus-tratos, que recorde-se que também estiveram subjacentes aos motivos de cariz pessoal apontados pelos idosos inquiridos. Contudo, é de enfatizar, que no estudo supramencionado os idosos também haviam apontado como causas, as mudanças ao nível da matriz social e familiar, o que não se verificou no presente estudo.

No que remete para as consequências dos maus-tratos, recorde-se o estudo realizado por Erlingsson et al. (2005) no qual os idosos também descreveram as consequências dos maus-tratos em termos de respostas emocionais. Porém, é de salientar, que no

estudo referido, os idosos também as descreveram em termos comportamentais, o que não foi apontado pelos idosos inquiridos. Em outros estudos (e.g., O’Kneffe et al., 2007) os idosos que tinham experienciado maus-tratos também haviam referido que o fenómeno enfatizado assumiu consequências más ou muito más, sendo que as consequências mais reportadas foram ao nível emocional, que note-se que também foram consideradas pelos idosos inquiridos. Contudo, é de realçar, que no estudo supracitado, os idosos que tinham experienciado maus-tratos também haviam referido consequências ao nível social, o que não foi apontado pelos idosos inquiridos.

Reparando nas características manifestadas pelas vítimas de maus-tratos, recorde-se o estudo realizado por Martins et al. (2014), no qual haviam constatado que as vítimas eram predominantemente viúvas (os), solteiras (os), integravam famílias disfuncionais, detinham habilitações académicas inferiores, sentiam-se sozinhas (os) e pouco saudáveis, não convergindo com o que havia sido considerado pelos idosos. No que remete para as características dos agressores, recorde-se o estudo levado a cabo por Naughton et al. (2012) em que os filhos foram identificados como os principais agressores e outras particularidades patentes abrangeram o desemprego, a dependência, sobretudo de álcool e os problemas de saúde física e mental, não corroborando com o que havia sido considerado pelos idosos inquiridos. Em outros estudos (e.g., Amstadter et al., 2011b) os idosos que haviam experienciado maus-tratos, eram mais suscetíveis a ser maltratados por um conhecido e a referir que o agressor recorria à utilização de substâncias e/ou apresentava histórias do foro legal, que note-se que não foram consideradas pelos idosos como características inerentes aos agressores de maus-tratos.

No que toca à informação sobre a legislação inerente aos maus-tratos, um número limitado de idosos reportou ter tido acesso a informação sobre a mesma, aprendida unicamente através da comunicação social, a qual também havia sido apontada pela maioria como fonte de informação primordial sobre os maus-tratos.

3.3.2. Análise interpretativa dos resultados referentes aos profissionais

Após apresentar a discussão dos resultados obtidos junto dos idosos, é o momento de fazer o mesmo relativamente ao que reportaram os profissionais que cuidam das pessoas de mais idade. Devido há quase inexistência de investigações sobre os maus-tratos contra idosos, focalizados nos cuidadores formais, esta parte da discussão será, naturalmente, menos aprofundada. Contudo, de forma a minorizar esta limitação, desenvolveremos igualmente uma análise comparativa entre os resultados obtidos pelos idosos e os verificados junto dos profissionais que participaram no estudo.

Relativamente à duração do trabalho na instituição, consistia, para a maioria dos profissionais, de uma experiência recente, coincidindo com o tempo de permanência dos idosos, que era também relativamente curto. Quanto às atividades diárias, verificou-se que estes sinalizavam preponderantemente os cuidados básicos, contrariamente à percepção dos idosos, que destacavam as atividades lúdicas/ocupacionais.

No que toca à informação referente aos maus-tratos, a totalidade dos profissionais reconheceu ter tido acesso a informação sobre esta temática, e até, para mais de metade deles, através de mais do que uma fonte de informação. Comparativamente, recorde-se que, ainda que em número inferior, a maioria dos idosos também reportou ter obtido informação sobre os maus-tratos, contudo adquirida maioritariamente através da comunicação social.

Quanto à definição de maus-tratos, enquanto os profissionais os tendem a perceber principalmente nas dimensões psicológica e/ou negligência e física, os idosos centram-se prioritariamente na área psicológica e/ou negligência e, logo a seguir, nos tratos desadequados.

No que concerne às categorias identificadas como constituindo maus-tratos, genericamente quer os profissionais, quer os idosos sinalizam as mesmas categorias, embora os primeiros reportem um número mais abrangente de práticas que podem representar maus-tratos.

As ações de maus-tratos identificadas como tendo sido experienciadas por parte de um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido, vão ao encontro do que havia sido constatado no estudo levado a cabo por Hussein et al. (2007). No entanto, é de enfatizar que neste estudo, os inquiridos também identificaram o abuso sexual, facto que não foi verificado no nosso trabalho. Saliente-se, que comparativamente com os idosos, os profissionais revelaram um conhecimento mais elevado da diversidade de experiências que podem configurar maus-tratos.

A respeito dos sinais de maus-tratos destacados pelos profissionais, verificou-se que convergiram com os que têm vindo a ser reportados na literatura (e.g., Dias, 2005; Loughlin & Dugan, 1998; Naciones Unidas, 2002; United Nations, 2002). Todavia, é de referir, que apesar dos autores também apontarem indicadores de autoabandono/autonegligência, este dado não se verificou no nosso estudo.

A denúncia foi a forma de intervenção destacada pelos profissionais, perante situações de maus-tratos, facto que confronta com a dúvida quanto ao como agir sinalizada mais preponderantemente pelos idosos. Este dado poderá dar conta de falta

de informação, entre os idosos, em relação às medidas a tomar, ou mesmo significar alguma inibição face ao comportamento de denúncia.

No que concerne aos motivos susceptíveis de conduzirem a maus-tratos, os profissionais e os idosos da nossa amostra encontram-se em sintonia, dando ambos maior relevo a razões de ordem pessoal. Igual facto se verifica em relação às consequências dos maus-tratos, que são ambas apontadas pelos dois grupos.

Quanto às características manifestadas pelas vítimas de maus-tratos, enquanto os profissionais tendem a acentuar os problemas afetivo-emocionais, os idosos centram-se noutras características, estando, para a maioria destes, subjacente a responsabilização da vítima. No que aos agressores se refere, verificou-se que os profissionais e os idosos apresentam uma percepção concordante, dando ambos maior relevo à presença de características pessoais desajustadas.

No que toca à informação sobre a legislação inerente aos maus-tratos, a larga maioria dos profissionais reconheceu ter tido acesso a informação sobre esta temática, aprendida, predominantemente, através da formação/experiência profissional. Comparativamente, recorde-se que, que um número limitado de idosos reportou ter obtido informação sobre a legislação, contudo adquirida mediante a comunicação social.

Conclusão

O trabalho que foi sendo apresentado até aqui iniciou-se por uma contextualização teórica que, após apresentação do estudo e dos resultados com ele obtidos, serviu de base para a análise reflexiva conducente à discussão. Portanto, este é o momento de passar às conclusões desta investigação, o que implica a resposta às questões inicialmente colocadas e a constatação (ou não) do alcance dos objetivos previamente definidos.

Assim, no início deste estudo foram colocadas determinadas questões de investigação às quais urge responder, pelo que passam a ser recordadas:

- i) Quais as percepções dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos dirigidos àquela população?
- ii) Quais os conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos dirigidos àquela população?
- iii) Haverá, por parte dos profissionais, conhecimento de indicadores das múltiplas formas de maus-tratos a ponto de se verificarem e identificarem situações mais subtis de maus-tratos?

Deste modo, passam a apresentar-se as respostas que foram obtidas para tais questões.

Começar-se-á pela primeira e segunda questões de investigação, a respeito das percepções e dos conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam, sobre os maus-tratos contra os idosos.

Os idosos revelaram conhecer alguns aspetos importantes sobre o fenómeno, como a identificação de práticas susceptíveis de constituírem maus-tratos. Por outro lado, as suas percepções não revelaram grande viés em relação ao que realmente se passa. No entanto, em aspetos como as consequências dos maus-tratos e sobretudo mais pontuais como a legislação, parece haver nesta amostra um reduzido conhecimento. Também os profissionais revelaram conhecer alguns aspetos revelantes sobre a temática, como a identificação de ações de maus-tratos, de ações de maus-tratos que tenham acontecido a um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido, a forma de intervenção perante sinais de eventuais maus-tratos e, inclusivamente a legislação subjacente ao fenómeno. Por outro lado, as suas percepções também não demonstraram grande viés em relação ao que realmente se passa.

Por último, relativamente à última questão de investigação foi possível verificar que existem indicadores das múltiplas formas de maus-tratos que são pouco conhecidos por

parte dos profissionais, designadamente de indicadores físicos e de abandono e predominantemente de indicadores de negligência, autoabandono, autonegligência e sexuais. Assim, e de acordo com a resposta encontrada a esta terceira questão, seria importante que os profissionais deste domínio tivessem formações regulares que colmatassem as eventuais lacunas de conhecimento a respeito de elementos que podem nortear a sua forma de trabalhar. De facto, a percepção e o conhecimento de indicadores objetivos de maus-tratos em relação a esta população são fundamentais para quem com os idosos trabalha, dado tratar-se de um fenómeno por demais complexo e grave.

A realização desta investigação permitiu ainda conhecer mais profundamente que os idosos e os profissionais que os apoiam definem como sendo maus-tratos, os tratos desadequados, os maus-tratos físicos e predominantemente os maus-tratos psicológicos e/ou negligência. Sendo que os profissionais também definem como sendo maus-tratos, os maus-tratos materiais. Foi ainda possível caracterizar os maus-tratos infligidos sobre a amostra em estudo, designadamente os maus-tratos físicos (i.e., submedicar e sobremediar), psicológicos ou emocionais (i.e., apoquentar por palavras, entristecer e envergonhar através de gestos obscenos, violentos, magoar ou ofender por palavras e tratar o idoso como se fosse uma criança), materiais ou financeiros (i.e., usar de forma não autorizada o dinheiro do idoso) e a negligência (i.e., não satisfazer com as principais necessidades do idoso) e identificar os sinais físicos, de abandono e predominantemente os psicológicos/emocionais como os sinais de maus-tratos conhecidos pelos profissionais que os apoiam. Foi ainda possível apurar que apesar das dificuldades evidenciadas pelos idosos na gestão de situações consideradas como maus-tratos, verificou-se uma tendência para os mesmos se confrontarem com estas através da hostilidade/agressividade, passividade, outra forma (e.g., “Não lidava bem”), atitude corretiva/crítica e denúncia e, aferir que os profissionais que os apoiam intervêm/agem em situações com indicadores da possibilidade de existência de maus-tratos através da comunicação/apoio à vítima, comunicação/penalização do agressor, medidas preventivas e predominantemente através da denúncia.

Como limitações do presente estudo podem identificar-se as seguintes: o reduzido número de inquiridos do sexo masculino, quer ao nível dos idosos, quer dos profissionais que os apoiam. Sendo que essa diferença poderá ter afetado os resultados obtidos e, por consequência, as conclusões retiradas e o tamanho da amostra que, sendo também reduzido, não possibilita qualquer tipo de generalização. Acrescentem-se as limitações inerentes ao facto de se tratar de uma pesquisa baseada no auto-relato.

Assim, todos os resultados permitiram extrair conclusões apenas a respeito dos sujeitos inquiridos neste estudo.

Ao longo deste trabalho foi-se verificando sobretudo a inexistência de investigações que tenham dado voz aos que cuidam formal e profissionalmente desta população, revelando a pertinência do presente estudo e espelhando o imperativo de mais estudos que atendam às percepções e aos conhecimentos dos profissionais. Como sugestões futuras seria ainda útil alargar a amostra a idosos em centros de dia e apoio domiciliário.

Referências

- Abreu, A. M. (2014). *Violência contra idosos: Vulnerabilidade (s) e contributos para a prevenção e intervenção* (Tese de mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada.
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292-297. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089
- Afonso, C., Morais, C., & Almeida, M. (2012). Alimentação e nutrição em gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.41-69). Lisboa: Lidel.
- Alizadeh-Khoei, M., Sharifi, F., Hossain, S. Z., Fakhrzadeh, H., & Salimi, Z. (2014). Elder abuse: Risk factors of abuse in elderly community-dwelling Iranians. *Educational Gerontology, 40*(7), 543-554. doi: 10.1080/03601277.2013.857995
- Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E. L., & Beloosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 51*(1), 86-91. doi: 10.1016/j.archger.2009.08.005
- Amstadter, A. B., Cisler, J. M., McCauley, J. L., Hernandez, M. A., Muzzy, W., & Acierno, R. (2011a). Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 23*(1), 43-57. doi: 10.1080/08946566.2011.534707
- Amstadter, A. B., Zajac, K., Strachan, M., Hernandez, M. A., Kilpatrick, D. G., & Acierno, R. (2011b). Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(15), 2947-2972. doi: 10.1177/0886260510390959
- Anthony, E. K., Lehning, A. J., Austin, M. J., & Peck, M. D. (2009). Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services. *Journal of Gerontological Social Work, 52*(8), 815-836. doi: 10.1080/01634370902918597

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual Títono - Apoio a pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Austin, M. J., Anthony, E. K., Lehning, A. J., & Peck, M. D. (2007). Instruments for assessing elder mistreatment: Implications for adult protective services. *Evidence for Practice, 9*, 1-20.
- Ayalon, L. (2010). The perspectives of older care recipients, their family members, and their round-the-clock foreign home care workers regarding elder mistreatment. *Aging & Mental Health, 14*(4), 411-415. doi: 10.1080/13607860903586110
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar dos idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 12*(1), 119-129.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio atual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 15*, 289-302.
- Begle, A. M., Strachan, M., Cisler, J. M., Amstadter, A. B., Hernandez, M., & Acierno, R. (2011). Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(11), 2321-2332. doi: 10.1177/0886260510383037
- Bennett, G., & Kingston, P. (1993). *Elder abuse Concepts, theories and interventions* (1st ed.). London: Chapman & Hall.
- Biggs, S., & Haapala, I. (2013). Elder mistreatment, ageism, and human rights. *International Psychogeriatrics, 25*(8), 1299-1306. doi: 10.1017/S1041610212002372
- Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M., & Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 21*(1), 1-14. doi: 10.1080/08946560802571870
- Buzgová, R., & Ivonová, K. (2009). Elder abuse and maltreatment in residential settings. *Nursing Ethics, 16*(1), 110-126. doi: 10.1177/0969733008097996
- Cabral, M. V. (Coord.). (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O envelhecimento ativo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Callewaert, G. A. (2011). Preventing and combating elder mistreatment in Flanders (Belgium): General overview. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(4), 366-374. doi: 10.1080/08946566.2011.608059
- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.71-91). Lisboa: Lidel.
- Choi, N. G., Kulick, D. B., & Mayer, J. (1999). Financial exploitation of elders: Analysis of risk factors based on county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(3/4), 39-60. doi: 10.1300/J084v10n03_03
- Chokkanathan, S. (2014). Elder mistreatment and health status of rural older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(18), 3267-3282. doi: 10.1177/0886260514555014
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H., & Heinik, J. (2013). Delusions and hallucinations in persons with dementia: A comparasion of the perceptions of formal and informal caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26(4), 251-258. doi: 10.1177/0891988713509136
- Daskalopoulos, M., Mullin, A. S., Donovan, E., & Suzuki, H. (2006). English perceptions of elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(2/3), 33-49. doi: 10.1300/J084v18n02_03
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 1(15), 249-273.
- Dias, I., & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 179-201). Lisboa: Lidel.
- Dixon, J., Manthorpe, J., Biggs, S., Mowlam, A., Tennant, R., Tinker, A., & McCreadie, C. (2010). Defining elder mistreatment: Reflections on the United Kingdom study of abuse and neglect of older people. *Ageing & Society*, 30(3), 403-420. doi: 10.1017/S0144686X0999047X
- Dong, X. (2014). Elder abuse: Research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack award lecture. *The Gerontologist*, 54(2), 153-162. doi: 10.1093/geront/gnt139

- Dong, X., Chang, E., Wong, E., Wong, B., & Simon, M. A. (2011). How do U.S. chinese older adults view elder mistreatment?: Findings from community-based participatory research study. *Journal of Aging and Health, 23*(2), 289-312. doi: 10.1177/0898264310385931
- Dong, X., & Simon, M.A. (2010). Gender variations in the levels of social support and risk of elder mistreatment in a chinese community population. *Journal of Applied Gerontology, 29*(6), 720-739. doi:10.1177/0733464809348057
- Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Urban and rural variations in the characteristics associated with elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 25*(2), 97-125. doi: 10.1080/08946566.2013.751811
- Dow, B., Hempton, C., Cortes-Simonet, E. N., Ellis, K. A., Koch, S. H., LoGiudice, D., ... Ames, D. (2013). Health professionals 'and students 'perceptions of elder abuse. *Australasian Journal on Ageing, 32*(1), 48-51. doi: 10.1111/j.1741-6612.2012.00643.x
- Erlingsson, C. L., Saveman, B., & Berg, A. C. (2005). Perceptions of elder abuse in Sweden: Voices of older persons. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*(2), 213-227. doi:10.1093/brief-treatment/mhi017
- Eulitt, P. J., Tomberg, R. J., Cunningham, T. D., Counselman, F. L., & Palmer, R. M. (2014). Screening elders in the emergency department at risk for mistreatment: A pilot study. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 26*(4), 424-435. doi: 10.1080/08946566.2014.903549
- Fernandes, A. T. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 1*(15), 223-248.
- Ferreira-Alves, & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: Estudo preliminar. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 15*, 303-313.
- Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2.^a Ed.). Lisboa: Universidade Católica.

- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131. doi: 10.4013/ctc.2010.32.06
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, R., Gomes, I., Faria, P. L., & Gil, A. P. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: Contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 149-162.
- Fonseca, A. M., Lopes, M. J., Marques, M. C., Pinheiro, M. F., & Gamito, M. L. (2014). Do silêncio à cumplicidade: Violência contra idosos. In M.J. Lopes, F.R. Mendes, & A.O. Silva (Org.), *Envelhecimento Estudos e Perspectivas*. São Paulo: Martinari.
- Friedman, B., Santos, E., Liebel, D., Russ, A. J., & Conwell, Y. (2015). Longitudinal prevalence and correlates of elder mistreatment among older adults receiving home visiting nursing. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(1), 34-64. doi: 10.1080/08946566.2014.946193
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B. & Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 297-304. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52074.x
- Fulmer, T., Ramirez, M., Fairchild, S., Holmes, D., Koren, M. J., & Teresi, J. (1999). Prevalence of elder mistreatment as reported by social workers in a probability sample of adult day health care clients. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(3), 25-36. doi: 10.1300/J084v11n03_02
- Fulmer, T., Rodgers, R. F., & Pelger, A. (2014). Verbal Mistreatment of the elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(4), 351-364. doi: 10.1080/08946566.2013.801817
- Giurani, F., & Hasan, M. (2000). Abuse in elderly people: The granny battering revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31(3), 215-220. doi:10.1016/S0167-4943(00)00080-7
- Gonçalves, R. F. (2010). *Avaliação do abuso do idoso em contexto institucional: Lares e centros de dia* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

- Gutman, G., & Spencer, C. (Eds). (2010). *Aging, ageism and abuse: Moving from awareness to action* (1st ed.). USA: Elsevier.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Development Psychology*, 25(1), 109-121. doi: 10.1037/0012-1649.25.1.109
- Hempton, C., Dow, B., Cortes-Simonet, E. N., Ellis, K., Koch, S., LoGiudice, D., ... Ames, D. (2010). Contrasting perceptions of health professionals and older people in Australia: What constitutes elder abuse?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(5), 466-472. doi: 10.1002/gps.2549
- Hernandez-Tejada, M. A., Amstadter, A., Muzzy, W., & Acierno, R. (2013). The national elder mistreatment study: Race and ethnicity findings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(4), 281-293. doi: 10.1080/08946566.2013.770305
- Hertzberg, A., & Ekman, S. (2000). 'We, not them and us?' Views on the relationship and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 614-622. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01317.x
- Hightower, J. (2010). Abuse in later life: When and how does gender matter?. In G. Gutman, & C. Spencer (Eds.), *Aging, ageism and abuse: Moving from awareness to action* (pp. 17-29). USA: Elsevier.
- Hussein, S., Manthorpe, J., & Penhale, B. (2007). Public perceptions of the neglect and mistreatment of older people: Findings of a United Kingdom survey. *Ageing & Society*, 27(6), 919-940. doi:10.1017/S0144686X07006289
- Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2014). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 192-201. doi: 10.1111/jocn.12669
- Jansen, L., Forbes, D. A., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Kingston, D., Peacock, S., ... Leipert, B. (2009). Formal care providers' perceptions of home- and community-based services: Informing dementia care quality. *Home Health Care Services Quarterly*, 28(1), 1-23. doi: 10.1080/01621420802700952
- Josefsson, K., Sonde, L., Windblad, B., & Wahlin, T. R. (2007). Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 71-82. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.10.014

- Kapp, M. B. (2003). Book review: Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America. *Marquette Elder's Advisor*, 5(1), 121-128.
- Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: A hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1880-1889. doi: 10.1111/jocn.12197
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364(9441), 1263-1272.
- Lafferty, A. (2009). *Public perceptions of elder abuse: A literature review*. Dublin: National Centre for the Protection of Older People, University College Dublin.
- Lafferty, A., Treacy, M. P., Fealy, G., Drennan, J., & Lyons, I. (2012). *Older people's experiences of mistreatment and abuse*. Dublin: National Centre for the Protection of Older People, University College Dublin.
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63(4), 248-254. doi: 10.1093/geronb/63.4.S248
- Lee, Y., Kaplan, C. P., & Perez-Stable, E. J. (2014). Elder mistreatment among Chinese and Korean immigrants: The roles of sociocultural contexts on perceptions and help-seeking behaviors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(1), 20-44. doi: 10.1080/10926771.2014.864741
- Lee, H. Y., Yoon, H. S., Shin, N., Moon, J. Y., Kwon, J. H., Park, E. S., ... Park, K. H. (2011). Perception of elder mistreatment and its link to help-seeking intention: A comparison of elderly Korean and Korean American immigrants. *Clinical Gerontologist*, 34(4), 287-304. doi: 10.1080/07317115.2011.573407
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento (s) Estado da arte* (1.ª Ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, A. P., & Viegas, S. M. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria de velhice. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 6(2), 149-158.
- Loughlin, A. O., & Duggan, J. (1998). *Abuse, neglect and mistreatment of older people: An exploratory study*. Dublin: National Council on Ageing and Older People.
- Luoma, M. L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., ... Penhale, B. (2011). *Prevalence study of abuse and violence against older women: Results of a multi-cultural survey conducted in Austria, Belgium, Finland,*

- Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)*. Finland: National Institute for Health and Welfare.
- Martins, R., Neto, M. J., Andrade, A., & Albuquerque, C. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Atención Primaria*, 46(5), 206-209. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70093-9
- Matias, M. M. (2010). *Um olhar juspsicológico sobre a violência, maus-tratos e abusos na «idade maior»: Programa de prevenção* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- McAlpine, C. H. (2008). Elder abuse and neglect. *Age and Ageing*, 37(2), 132-133. doi: 10.1093/ageing/afn008
- Mercurio, A. E., & Nyborn, J. (2006). Cultural definitions of elder mistreatment in Portugal. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(2/3), 51-65. doi: 10.1300/J084v18n02_04
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2006). *Aging, society and the life course* (3rd Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2016). *Aging, society and the life course* (5th Ed.) New York: Springer Publishing Company.
- Naciones Unidas (2002). *El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Nueva York: Naciones Unidas.
- National Research Council. (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect. R. J. Bonnie, & R. B. Wallace (Eds.). Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington: The National Academies Press.
- Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., ... Delaney, L. (2011). Elder abuse and neglect in Ireland: Results from a national prevalence survey. *Age and Ageing*, 41(1), 98-103. doi: 10.1093/ageing/afr107
- Normann, H. K., Asplund, K., & Norberg, A. (1999). Attitudes of registered nurses toward patients with severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 353-359. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00261.x

- O' Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreddie, C., Scholes, S., Constantine, R., ... Erens, B. (2007). UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report. London: National Centre for Social Research.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Maltrato de ancianos y alcohol*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-288.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, S. A., & Marques, E. M. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia*, 2(1), 133-140.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Geneva: World Health Organization.
- Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 20(4), 214-220. doi: 10.1016/j.ienj.2012.03.009
- Pinsker, D. M., & McFarland, K. (2010). Exploitation in older adults: Personal competence correlates of social vulnerability. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17(6), 673-708. doi: 10.1080/13825585.2010.501403
- Ploeg, J., Lohfeld, L., & Walsh, C. A. (2013). What is “elder abuse”? Voices from the Margin: The views of underrepresented Canadian older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(5), 396-424. doi: 10.1080/08946566.2013.780956
- Policastro, C., & Finn, M. (2015). Coercive control and physical violence in older adults: Analysis using data from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20. doi: 10.1177/0886260515585545
- Pursey, A., & Luker, K. (1995). Attitudes and stereotypes: Nurses' work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 547-555. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22030547.x
- Rahman, T. A., & Gaafary, M. (2011). Elder mistreatment in a rural area in Egypt. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), 532-537. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00780.x

- Raymond, M., Warner, A., Davies, N., Liffie, S., Manthorpe, J., & Ahmedzhai, S. (2012). Palliative care services for people with dementia: A synthesis of the literature reporting the views and experiences of professionals and family carers. *Dementia*, 13(1), 96-110. doi:10.1177/1471301212450538
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77. doi: 10.7458/SPP2013722618
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.
- Selwood, A., Cooper, C., & Livingston, G. (2007). What is elder abuse – who decides?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1009-1012. doi: 10.1002/gps.1781
- Smith, R. G. (1999). Fraud & financial abuse of older persons. *Australian Institute of Criminology*, 132, 1-6.
- Soares, J. J., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., ... Stankunas, M. (2010). *Abuse and health among elderly in europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Sooryanarayana, R., Choo, W., & Hairi, N. N. (2013). A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(4), 316-325. doi: 10.1177/1524838013495963
- Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., & Manthorpe, J. (2013). Interactional perspectives on the mistreatment of older and vulnerable people in long-term care settings. *British Journal of Sociology*, 64(2), 267-286. doi: 10.1111/1468-4446.12017
- Tsukada, N., Saito, Y., & Tatara, T. (2001). Japanese older people's perceptions of "elder abuse". *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(1), 71-89. doi: 10.1300/J084v13n01_04
- United Nations (2002). *Abuse of elder persons: Recognizing and responding to abuse of older persons in a global context*. New York: United Nations.
- United Nations (2013). *Neglect, abuse and violence against older women*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 448-54.

- Wilson, R., Rochon, E., Leonard, C., & Mihailidis, A. (2012). Formal caregivers' perceptions of effective communication strategies while assisting residents with alzheimer's disease during activities of daily living. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(4), 314-331.
- Wolf, R., Daichman, L., & Bennett, G. (2002). Abuse of the elderly. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwui, & R. Lozano (Eds.), *World report on violence and health* (pp. 125-145). Geneva: World Health Organization.
- Wolf, R., Daichman, L., & Bennett, G. (2003). El maltrato de las personas mayores. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi, & R. Lozano (Ed.), *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 133-156). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- World Health Organization. (2002a). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002b). *Missing voices Views of elder persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Elder abuse and alcohol*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: Main report*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, L., Chen, H., Hu, Y., Xiang, H., Yu, X., Zhang, T., ... Wang, Y. (2012). Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in people's republic of China: A cross-sectional study. *Plos One*, 7(3), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0033857

ANEXOS

Anexo A - Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Maus-tratos contra idosos: perceções e conhecimentos dos idosos e dos profissionais que os apoiam

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/2016

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Joana Filipa Neves Costa

Assinatura:

Anexo B - Ficha de registo de dados sociodemográficos (dirigida a idosos)

Ficha de Registo de Dados Sociodemográficos

(Dirigida a Idosos)

(Joana Costa, 2015)

I - Dados Sociodemográficos

1.1.	Sexo.....	Feminino	<input type="checkbox"/>
		Masculino	<input type="checkbox"/>
1.2.	Idade.....	_____Anos	
1.3.	Estado civil.....	Solteiro/a	<input type="checkbox"/>
		União de facto	<input type="checkbox"/>
		Casado/a	<input type="checkbox"/>
		Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
		Viúvo/a	<input type="checkbox"/>
1.4.	Escolaridade.....	0 anos	<input type="checkbox"/>
		4 anos	<input type="checkbox"/>
		9 anos	<input type="checkbox"/>
		12 anos	<input type="checkbox"/>
		Mais de 12 anos (superior)	<input type="checkbox"/>
1.5.	Refira se tem filhos (as).....	Sim	<input type="checkbox"/>
		Não	<input type="checkbox"/>
	1.5.1. Se sim, diga se costuma estar com os seus filhos (as)	Sim	<input type="checkbox"/>
		Não	<input type="checkbox"/>
1.6.	Refira se tem familiares próximos (que não filhos (as)).....	Sim	<input type="checkbox"/>
		Não	<input type="checkbox"/>
	1.6.2. Se sim, refira se está com esse (s) familiar (es) regularmente	Sim	<input type="checkbox"/>
		Não	<input type="checkbox"/>

Anexo C - Ficha de registo de dados sociodemográficos (dirigida a profissionais)

Ficha de Registo de Dados Sociodemográficos

(Dirigida a Profissionais)

(Joana Costa, 2015)

I - Dados Sociodemográficos

1.1.	Sexo.....	Feminino	<input type="checkbox"/>
		Masculino	<input type="checkbox"/>
1.2.	Idade.....	_____Anos	
1.3.	Estado civil.....	Solteiro/a	<input type="checkbox"/>
		União de facto	<input type="checkbox"/>
		Casado/a	<input type="checkbox"/>
		Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
		Viúvo/a	<input type="checkbox"/>
1.4.	Escolaridade.....	0 anos	<input type="checkbox"/>
		4 anos	<input type="checkbox"/>
		9 anos	<input type="checkbox"/>
		12 anos	<input type="checkbox"/>
		Mais de 12 anos (superior)	<input type="checkbox"/>

Anexo D - Guião de entrevista (dirigida a idosos)

Guião de Entrevista

Diretiva e Estruturada

Perceções e Conhecimentos dos Maus-tratos Contra Idosos

(Dirigida a Idosos)

(Joana Costa, 2015)

I. Responda às perguntas seguintes, atendendo à sua **vida antes de estar nesta instituição**

1. Relativamente às atividades desenvolvidas

1.1. Fazia algum tipo de trabalho diariamente?

Sim

Não

1.1.1. Se sim, qual? _____

1.1.2. Se sim, diga se era em relação à sua profissão ou se eram trabalhos a que se dedicava após a reforma? _____

II. Responda às perguntas seguintes, atendendo à sua **vida desde que se encontra nesta instituição**

2. Relativamente à sua vida nesta instituição

2.1. Qual a unidade/valência que frequenta?

Lar

Centro de Dia

Lar e Centro de Dia

2.2. Há quanto tempo frequenta essa unidade/valência? _____

2.3. Como é o seu dia-a-dia, na referida unidade/valência? (descreva um dia típico)

III. Responda às perguntas seguintes, atendendo ao que conhece sobre **maus-tratos contra idosos**

3. Relativamente aos maus-tratos contra idosos

3.1. Tem informação sobre maus-tratos contra idosos?

Sim

Não

3.1.1. Se sim, como? _____

3.2. Como definiria maus-tratos contra idosos? _____

Anexo E - Guião de entrevista (dirigida a profissionais)

Guião de Entrevista

Diretiva e Estruturada

Perceções e Conhecimentos dos Maus-tratos Contra Idosos

(Dirigida a Profissionais)

(Joana Costa, 2015)

I. Responda às perguntas seguintes, atendendo à **execução das suas funções nesta instituição**

1. Relativamente à execução das suas funções na instituição

1.1. Que funções exerce nesta instituição? _____

1.2. Há quanto tempo exerce funções nesta instituição? _____

1.3. O que o (a) levou a exercer funções nesta instituição? _____

1.4. Como é o seu dia-a-dia nas respetivas unidades/valências? (descreva um dia típico)

1.5. Como é o dia-a-dia dos idosos que apoia, nas respetivas unidades/valências? (descreva um dia típico)

II. Responda às perguntas seguintes, atendendo à temática dos **maus-tratos contra idosos**

2. Relativamente aos maus-tratos contra idosos

2.1. Tem informação sobre maus-tratos contra idosos? Sim
Não

2.1.1. Se sim, onde?

2.2. Como definiria maus-tratos contra idosos? _____

2.3. Das situações seguintes, assinale com um X no quadrado as que considera maus-tratos contra idosos (**Pode assinalar mais do que uma situação**)

- 2.3.1. Usar da força física (e.g., bater, empurrar, apertar...)
- 2.3.2. Punir fisicamente (para castigar o idoso)
- 2.3.3. Submedicar o idoso (faltar com medicamentos importantes para o idoso)
- 2.3.4. Sobremedicar o idoso (dar ao idoso medicamentos a mais)
- 2.3.5. Forçar o idoso ao contato sexual
- 2.3.6. Entristecer e envergonhar o idoso por palavras
- 2.3.7. Magoar ou ofender o idoso por palavras
- 2.3.8. Apoquentar o idoso por palavras
- 2.3.9. Entristecer e envergonhar o idoso através de gestos obscenos, violentos
- 2.3.10. Humilhar o idoso
- 2.3.11. Tratar o idoso como se fosse uma criança
- 2.3.12. Ameaçar o idoso de diferentes maneiras
- 2.3.13. Usar de forma não autorizada o dinheiro do idoso
- 2.3.14. Usar de forma não autorizada os bens do idoso
- 2.3.15. Usar de forma não autorizada as propriedades do idoso (e.g., casa)
- 2.3.16. Abandonar a pessoa idosa
- 2.3.17. Não satisfazer as principais necessidades da pessoa idosa

2.4. Das situações seguintes, assinale com um X no quadrado aquelas que aconteceram a um idoso, seu familiar, amigo ou conhecido (**Pode assinalar mais do que uma situação**)

- 2.4.1. Usar da força física (e.g., bater, empurrar, apertar...)
- 2.4.2. Punir fisicamente (para castigar o idoso)
- 2.4.3. Submedicar o idoso (faltar com medicamentos importantes para o idoso)
- 2.4.4. Sobremedicar o idoso (dar ao idoso medicamentos a mais)
- 2.4.5. Forçar o idoso ao contato sexual
- 2.4.6. Entristecer e envergonhar o idoso por palavras
- 2.4.7. Magoar ou ofender o idoso por palavras
- 2.4.8. Apoquentar o idoso por palavras
- 2.4.9. Entristecer e envergonhar o idoso através de gestos obscenos, violentos
- 2.4.10. Humilhar o idoso
- 2.4.11. Tratar o idoso como se fosse uma criança
- 2.4.12. Ameaçar o idoso de diferentes maneiras
- 2.4.13. Usar de forma não autorizada o dinheiro do idoso
- 2.4.14. Usar de forma não autorizada os bens do idoso
- 2.4.15. Usar de forma não autorizada as propriedades do idoso (e.g., casa)
- 2.4.16. Abandonar a pessoa idosa
- 2.4.17. Não satisfazer as principais necessidades da pessoa idosa

2.5. Quais considera serem os principais sinais de eventuais maus-tratos contra idosos?

2.6. Perante estes sinais, como intervém?

2.7. Na sua opinião, o que considera que leva alguém a maltratar um idoso? _____

2.8. Quais considera serem as consequências para os idosos vítimas de maus-tratos?

2.9. Na sua opinião, quais julga serem as características mais comuns dos idosos vítimas de maus-tratos?

2.9.1. E dos agressores?

2.10. Conhece as leis referentes aos maus-tratos contra idosos? Sim
 Não

2.10.1. Se sim, teve conhecimento a partir de que meio? _____

2.10.2. Se sim, como considera estas leis? Suficientes/adequadas
 Insuficientes/inadequadas