

**JAIME MAIA DE OLIVEIRA BASTOS**



**Estudo de caso sobre o tipo de maus-tratos exercidos em  
idosos no domicílio e a proposta de um programa de  
prevenção**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**Porto, 30 de Abril de 2012**



**JAIME MAIA DE OLIVEIRA BASTOS**

**Estudo de caso sobre o tipo de maus-tratos exercidos em  
idosos no domicílio e a proposta de um programa de  
prevenção**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**Porto, 30 de Abril de 2012**

**JAIME MAIA DE OLIVEIRA BASTOS**

**Estudo de caso sobre o tipo de maus-tratos exercidos em  
idosos no domicílio e a proposta de um programa de  
prevenção**

---

**Jaime Maia de Oliveira Bastos**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Orientada pelo Professor Doutor José Soares Martins, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

**JAIME MAIA DE OLIVEIRA BASTOS**



**Estudo de caso sobre o tipo de maus-tratos exercidos em  
idosos no domicílio e a proposta de um programa de  
prevenção**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**Porto, 30 de Abril de 2012**



**JAIME MAIA DE OLIVEIRA BASTOS**

**Estudo de caso sobre o tipo de maus-tratos exercidos em  
idosos no domicílio e a proposta de um programa de  
prevenção**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**Porto, 30 de Abril de 2012**

**JAIME MAIA DE OLIVEIRA BASTOS**

**Estudo de caso sobre o tipo de maus-tratos exercidos em  
idosos no domicílio e a proposta de um programa de  
prevenção**

---

**Jaime Maia de Oliveira Bastos**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Orientada pelo Professor Doutor José Soares Martins, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde.

## RESUMO

Os maus-tratos na terceira idade podem ser definidos como um ato único ou repetido, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia confiança (OMS, 2002).

O objetivo da presente investigação é estudar os vários tipos de maus-tratos exercidos em idosas a viver no domicílio. Quais os tipos de maus-tratos existentes (físicos, psicológicos e emocionais e sexuais). Quem são os agressores que exercem este tipo de maus-tratos (familiares ou cuidadores informais). Quem são os familiares que o fazem (filhos, genros, netos e sobrinhos) e se estes tem a noção que são vítimas de maus-tratos.

Pretende-se estudar o impacto dos maus-tratos exercidos em idosos e abordar a intervenção psicológica feita nestes idosos. Propomo-nos ainda a executar um programa de prevenção de maus-tratos.

**Desenho e método:** A metodologia é qualitativa, é designada por naturalista. O método utilizado foi estudo de caso e a recolha de dados foi a entrevista (entrevista estruturada) e fez-se a descodificação desta através da análise de conteúdo, que foi organizada em várias categorias (o dia à dia; medo/insegurança; maus-tratos físicos; suporte social/sociedade; suporte familiar/família; maus-tratos emocionais; idade; violência financeira; esperança e fé; saúde; resignação; situação económica/financeira; local onde vive; ocupação dos tempos livres/lazer; e identificação do agressor).

**Instrumentos:** Question to Elicit Elder Abuse (QEEA) de Carney, Kahan e Paris (2003); Mini Mental State (MME) de Folstein, Folstein, & Marshall, 1975; Inventário de sintomas Psicopatológicos (BSI) de Derogatis & Spencer, 1982.

### **Resultados:**

#### **Maus-tratos Físicos:**

**Caso 1 (C1)** ....“Já fui empurrada e maltratada com alguma violência”... “O sobrinho que não vive comigo”....”Deu-me uma estalada e agarrou-me o braço”.....

**Caso 2 (C2)**.....Não foi vítima de maus-tratos físicos.

**Conclusão:** Segundo Koseberg (1988, cit.in APAV, 2010) a maior parte dos idosos são emocionalmente vulneráveis, porque estão sujeitos a uma vitimação continuada, que os leva à resignação e á vulnerabilidade. Ambas são vítimas de maus-tratos Psicológicos, Financeiros e de Negligência.

**Palavras-chaves:** Idoso, Tipo de Maus-tratos e Identificação dos Agressores.

## ABSTRACT

Elderly Type of Maltreatment can be defined as a single or repeated act, or even lack of appropriate action which causes injury, suffering or distress trust (WHO 2002).

The purpose of this research is to study the various types of abuse exercised in elderly living at home. What types of maltreatment (physical, psychological and emotional and sexual). Who are the perpetrators who carry this type of maltreatment (family or informal caregivers). Who are the relatives that do (kids, husbands, nephews and grandchildren) and if they have the notion that they are victims of maltreatment. It is intended to study the impact of abuse exercised in the elderly and address the psychological intervention in these elderly made. We propose also running a program to prevent abuse.

**Design and method:** The methodology is qualitative, is known as a naturalist. The method used was case study and data collection was the interview (structured interview) and became a decoder through this content analysis, which was organized into several categories (day to day; fear/insecurity, ill-treatment physical, social support/society, family support /family, emotional abuse, age, financial violence, hope and faith, health, resignation, economic/financial; where you live; leisure time / hobbies, and identification of the aggressor).

**Instruments:** Question to Elicit Elder Abuse (QEEA) Carney, Kahan and Paris (2003), Mini Mental State (MME) of Folstein, Folstein, & Marshall, 1975; Psychopathological Symptoms Inventory (BSI) of Derogatis & Spencer, 1982.

### Results:

#### Physical abuse:

Case 1 (C1) .... "I've been pushed around and bullied with some violence" ... "The nephew who does not live with me" .... "He gave me a slap and grabbed me by the arm" .....

Case 2 (C2) ..... not been the victim of physical abuse.

**Conclusion:** According Koseberg (1988 cit.in APAV, 2010) most of the elderly are emotionally vulnerable, because they are subject to continued victimization, which leads to resignation and will be vulnerable.

Both are victims of abuse, Psychological, Financial and Neglect.

Keywords: Elderly Type of Maltreatment and identification of offenders.

## **Velhice**

**Vendo passar o tempo  
Sabes que a vida se escoia  
Sentes no peito um lamento,  
Marcas de dor, que mágoa**

**Náufrago duma saudade,  
Noiva d o tempo lembrado,  
Dobres no sino da idade  
Tornam presente o passado.**

**Vives das tuas memórias.  
Olhas o mundo à distância.  
Voltas ao tempo de infância.**

**Mágoas e muitas histórias,  
Perdem-se no teu caminho,  
Velho, que vives sozinho**

**De Vitor Cintra**



## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. José Soares Martins, como meu orientador da monografia, a dedicação e incentivo durante estes longos meses, a sua persistência e melhoria das minhas capacidades e competências de observação e intervenção em contexto de pesquisa, ponto-chave para posteriormente passar a definição dos objectivos de estudo. Quero agradecer o seu apoio incondicional neste momento decisivo da minha vida, onde se dará um grande passo da actividade académica para actividade profissional.

O meu agradecimento á Maria e à Rita, por toda a sua colaboração e coragem que tiveram ao se exporem na concretização do meu estudo de caso e ainda, para que tivesse mais conhecimento sobre a realidade que propus pesquisar e dar a conhecer.

Agradeço á instituição e em especial á Sra. Directora Dra. Carla Coelho, por permitir e tornar possível a concretização deste trabalho, a que todos que me permitiram e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional dentro da instituição. Sem eles, nada seria possível.

Um grande agradecimento à Dra. Teresa Cardoso, por todo o seu apoio e pelo empenho demonstrado ao longo deste estudo.

A minha mãe, ao meu pai, a minha filha e ao Sabino, pelo apoio que sempre demonstraram em todos os momentos, e que nunca deixaram desanimar. Sempre preocupados com o meu bem-estar.

Aos meus amigos, especialmente da Universidade (eles sabem quem são), por me apoiarem nos momentos em que estava mais em baixo, insistindo e valorizando sempre as minhas competências e qualidades, fazendo com que pudesse sempre contar com eles em todos os momentos.

Em especial, aos meus pais que sempre se preocuparam em educar-me de forma a que conseguisse ter os valores necessários para que um dia me pudesse valorizar como homem e como ser humano. Para o meu pai que não está entre os vivos, mas permanece enraizado no meu coração. Obrigado por tudo o que me ensinaste.

A todos que não mencionei, um muito obrigado!

## ÍNDICE GERAL

### Introdução Geral

## PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### CAPÍTULO I – Gerontologia, Terceira Idade e Envelhecimento

1.1. Introdução .....	5
1.2. Definição de gerontologia, de terceira idade, velhice .....	6
1.3. Desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial na terceira idade .....	7
1.3.1. Desenvolvimento físico .....	7
1.3.2. Desenvolvimento Cognitivo .....	7
1.3.3. Desenvolvimento Psicossocial .....	8
1.3.4. Conclusão .....	9

### CAPITULO II – Doença Mental e Física, Cuidadores Formais e Informais, Psicoterapia na Idade Avançada e Psicoterapia de Intervenção em Vítimas de Maus-Tratos

2.1. Introdução .....	10
2.2. Depressão .....	11
2.2.1. Depressão major .....	12
2.3. Perturbações de ansiedade .....	12
2.3.1. Ansiedade generalizada .....	13
2.4. Demência .....	13
2.4.1. Doença de alzheimer .....	14
2.4.2. Demência de Parkinson .....	16
2.4.3. Demência vascular .....	17
2.5. Acidente vascular cerebral (AVC) .....	17
2.5.1. AVC Isquémico .....	18
2.5.1. AVC Hemorrágico .....	18

2.6. Perturbações do sono .....	19
2.6.1. Insónia associada às doenças físicas.....	19
2.7. Doenças físicas .....	20
2.7.1. Hipertensão arterial.....	20
2.7.2. Dislipedemia.....	20
2.7.3. A Diabetes .....	21
2.7.4. Doenças Reumatológicas.....	24
2.7.4.1. Hérnia discal .....	27
2.7.4.2. Espondilartrose (vulgo espondilose) .....	27
2.8. Dependência, Independência e autonomia na velhice .....	28
2.9. Cuidar e cuidadores (formais e informais) .....	30
2.10. Psicoterapia na idade avançada .....	33
2.10.1. As técnicas de estimulação cognitiva global .....	33
2.11. As Psicoterapias de grupo com idosos .....	35
2.12. Psicoterapia de intervenção em vítimas de maus-tratos .....	36
2.13. Conclusão .....	39

### **CAPÍTULO III – Violência, Maus-tratos e abusos nos idosos**

3.1. Introdução.....	41
3.2. Violência nos idosos.....	41
3.3. Vítima, enquadramento legal e o impacto da vitimação em idosos .....	43
3.3.1. O enquadramento legal dos idosos vítimas de maus-tratos.....	43
3.3.2. Características das vítimas .....	43
3.3.3. Características dos agressores .....	44
3.3.3.1. Impacto da vitimação .....	44
3.4. Maus-tratos e abusos em idosos .....	45
3.4.1. Maus-tratos e abuso físico .....	46

3.4.2. Maus-tratos psicológicos .....	46
3.4.3. Abuso financeiro ou material .....	46
3.4.4. Mau trato ou abuso sexual .....	46
3.4.5. Abandono .....	47
3.4.6. Autoabandono ou autonegligência .....	47
3.4.7. Negligência.....	47
3.5. Averiguação do abuso .....	49
3.6. Efeitos da violência no idoso.....	52
3.7. Conclusão .....	53

## **PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO IV – Método**

4.1. Introdução.....	55
4.2. Justificação do estudo.....	55
4.3. Objectivo .....	56
4.4. Método.....	56
4.4.1. Método qualitativo.....	56
4.4.2. Instrumentos utilizados.....	58
4.4.2.1. Questionário sócio-demográfico.....	58
4.4.2.2. Entrevista .....	58
4.4.2.3. Mini Mental State Examination (MMSE) Apreciação do Estado cognitivo de (Folstein, Folstein, & Marshall, 1975) e traduzido por Guerreiro (1993) .	59
4.4.2.4. Inventário de sintomas Psicopatológicos (BSI).....	60
4.4.3. Procedimento .....	61

### **CAPÍTULO V – Descrição dos Resultados referentes às entrevistas sobre os maus-tratos em idosos no domicílio**

5.1. Dados de identificação.....	64
----------------------------------	----

5.2. Características sócio-demográficas .....	64
5.3. Informação recolhida através da entrevista .....	65
5.3.1. Entrevista C1 .....	65
5.3.2. Entrevista C2 .....	68
5.4. Resultados dos instrumentos de avaliação .....	71
5.4.1. Os resultados do Mini-exame do estado mental (MEEM) .....	71
5.4.2. Os resultados do BSI .....	72
5.5. Medicação.....	72
5.6. Diagnóstico.....	72

## **CAPÍTULO VI – Análise de Conteúdo das entrevistas, discussão dos resultados e um Programa de Prevenção de maus-tratos em idosos**

6.1. Análise de Conteúdo das entrevistas, discussão dos resultados .....	76
Conclusão Geral .....	84
Referências Bibliográficas	

## **Introdução Geral**

O envelhecimento é considerado um processo contínuo, podendo no entanto observar-se uma evolução mais rápida, ou pelo menos mais notória, nas últimas fases da vida do homem (Fonseca, 2004; Oliveira, 2005; Papalia, Olds, & Feldeman, 2007; Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento da população aumentou na 2ª metade do séc. XX e podemos associá-lo à “transição demográfica”. Esta transição tem as seguintes características: declínio progressivo das taxas de mortalidade, concessão do aumento da esperança de vida e pelo declínio acentuado das taxas de natalidade (Fonseca, 2004; Oliveira, 2005; Papalia et, 2007; Paúl & Fonseca, 2005).

Traduz-se nas modificações da estrutura da pirâmide etária da população Portuguesa que descreve a existência de um duplo envelhecimento: na base, verifica-se a diminuição dos jovens na sociedade) e o envelhecimento no topo (aumento dos gerentes na sociedade) (Fonseca, 2004; Oliveira, 2005; Papalia, et al., 2007; Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial nas últimas décadas. Pelo que despoletou o interesse pelo processo de envelhecimento normal e as alterações que ocorrem. Em decorrência destas alterações normais desencadeadas no organismo pelo processo de envelhecimento, muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos; a maioria delas decorre da fragilidade e da vulnerabilidade próprias do seu estado fisiológico, o que as torna vítimas da crescente violência social. A violência crescente na população idosa tornou-se um tema bastante discutido no meio científico, mas a ação para contê-la ainda é muito frágil e quase inexistente (Fonseca, 2004; Oliveira, 2005; Papalia, Olds, & Feldeman, 2007; Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo Byrne (2002, cit. in, Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006), os sintomas de ansiedade em idosos são frequentes, muitas vezes, a ansiedade está associada a transtornos depressivos e a doenças físicas.

A investigação, no campo do envelhecimento e das demências, está a avançar a uma velocidade cada vez maior. As pessoas vivem durante mais tempo e, em conjunto

com este fenómeno, surgem mais preocupações sobre a qualidade de vida das mesmas à medida que estas envelhecem (Petersen, 2004).

A doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência, manifestando-se em 50 a 60% dos idosos (Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

Desde 1980, a violência tem sido reconhecida como questão de saúde pública, não somente do ponto de vista dos traumatismos físicos, mas também decorrente dos sérios problemas enfrentados pelo indivíduo, os quais podem afetar a sua saúde mental.

Entretanto, no campo da saúde coletiva, em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu violência como uma doença ou afeção de causa externa.

A violência pode ser cometida dentro ou fora de casa, por algum dos membros da família, ou ainda por pessoas que possuam função parental, mesmo sem laços de consanguinidade. Os atos violentos podem ser de natureza: física, psíquica, material, sexual, negligência e confinamento (Borralho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Dias, 2005; Dias, 2009; Ferreira-Alves, 2005)

O núcleo familiar, ou cuidador, são os principais responsáveis pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o protejam todo este tipo de abuso.

Podemos concluir que os maus-tratos às pessoas idosas são, também, um problema de Direitos Humanos (Borralho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Dias, 2005; Dias, 2009; Ferreira-Alves, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

Em contexto institucional os tipos de maus-tratos mais frequentemente infligidos aos idosos são: a existência de restrições excessivas, a sub ou sobremedicação, a agressão verbal, a exploração financeira, a infantilização, a despersonalização, a desumanização e a vitimação (Borralho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Dias, 2005; Dias, 2009; Ferreira-Alves, 2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

Os idosos perante a violência desenvolveram atitudes de culpa, baixa autoestima, isolamento social, depressão, perturbações do sono, reforçam as suas dependências e estigma social (Dias, 2005).

O presente trabalho subdivide-se em duas partes. Na primeira parte, realizamos uma revisão bibliográfica sobre a definição de gerontologia, terceira idade, velhice e envelhecimento. De seguida, abordou-se o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial do idoso.

No segundo capítulo faremos referência às doenças mentais e físicas, também à dependência e a independência dos idosos. Ao falarmos de idosos dependentes e frágeis, temos de abordar o conceito de cuidador e falar de cuidadores formais e informais. O conceito de família é muito diferente daquele que existia antigamente. Este capítulo integra ainda os vários tipos de psicoterapia em idosos.

O terceiro capítulo incide na violência do idoso, nos vários tipos de maus-tratos exercidos em idosos (físicos, psicológicos, sexuais, financeiros, negligência e abandono), quais as pessoas que praticam este tipo de maus-tratos (os familiares, os cuidadores, o companheiro, o marido) e qual a influência dos maus-tratos nestes e como se pode averiguar este tipo de maus-tratos.

A segunda parte integra a contribuição empírica deste estudo, expondo o seu objetivo.

O método utilizado foi o estudo de caso e a técnica de recolha de dados foi a entrevista. Falou-se dos instrumentos utilizados na avaliação das idosas, do procedimento empregue e da recolha da informação.

Ainda, nessa parte, propomo-nos apresentar os resultados, bem como a sua discussão. Adicionalmente faz-se a descrição do programa de intervenção psicológica, que consistiu, numa intervenção cognitivo-comportamental, numa atividade de relaxamento e numa de estimulação cognitiva para défices. Atendendo aos resultados obtidos, efetuamos um programa de prevenção

O presente trabalho termina com uma conclusão geral, na qual são refletidos os aspetos mais importantes do estudo e as suas limitações.

**PARTE I**

**Revisão Bibliográfica**

---

## I CAPÍTULO: GERONTOLOGIA, TERCEIRA IDADE E ENVELHECIMENTO

*Por muito que vivas, não envelheças.*

*Nunca deixes de ser como uma criança curiosa*

*Diante do grande mistério em que nascemos*

*Albert Einstein, (1879-1955).*

### 1.1. Introdução

O século XXI será certamente o século dos idosos no mundo ocidental. As Nações Unidas, declararam no ano de 1999, ao findar do século XX e do 2º milénio, como ano dos idosos, sob o lema “construir uma sociedade para todas as idades” (Oliveira, 2005; Paúl & Fonseca, 2005).

Na realidade, Portugal vivencia um contínuo aumento da população idosa (65 e mais anos), particularmente da mais idosa (80 e mais anos), que quase quadruplicou no período entre 1960-2004 (Portugal, INE, 2009).

A expressão *terceira idade* foi formulada pelo gerontologista francês Huet, tem grande aceitação e leva em consideração alguns elementos: não se pode ver os velhos e os reformados, como seres desprivilegiados da sociedade; e a forma como as reformas são estruturadas hoje e o facto da população de reformados ser constituída por indivíduos cada vez mais jovens (Alcântara, 2004; Alcântara & Debert, 2007).

Falaremos ainda de desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. Abordaremos o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial.

Quanto ao desenvolvimento físico na terceira idade, mencionaremos as mudanças anatómicas e fisiológicas.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, abordaremos aspetos como a atenção, linguagem, raciocínio e habilidades visuo-espaciais. Já ao nível do desenvolvimento psicossocial desenvolveremos tópicos relacionados com a personalidade, a reforma e a institucionalização.

## **1.2. Definição de Gerontologia, de terceira idade, velhice e envelhecimento**

A Gerontologia é a ciência que estuda os idosos; e ramifica-se em ciências biológicas (Biologia, Medicina, Enfermagem), ciências psicológicas (designadamente: Psicologia do Desenvolvimento do Idoso, Psicologia social, Psicologia Cognitiva) e Ciências Sociais (Sóciodemografia e Ecologia Humana) (Oliveira, 2005; Papalia et al., 2007).

Bengson, Rice e Johnson (1999) consideram que os gerontologistas tentam explicar os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades, os aspetos biológicos e sociais da senescência e a idade enquanto padrão de comportamentos sociais.

A velhice é o momento de olhar para trás e refletir sobre o passado, de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência (Oliveira, 2005; Papalia et al., 2007; Santos, 2002).

Para Agree e Freedman (2001), o envelhecimento é um processo individual e coletivo, uma vez que cada ano de existência de vida, de cada indivíduo, marca o envelhecimento e o envelhecimento da pessoa causa o aumento da porção da população considerada idosa.

Em Português, “velho” tem uma certa conotação depreciativa, por isso utiliza-se o termo idoso.

Em Latim, o termo “Vétulus” significa velho, ancião, através do provençal ancian e do francês “ancien” (Oliveira, 2005; Papalia et al., 2007).

Segundo a OMS, velho é aquele que completou 65 anos. Mas nos países subdesenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento, poderia ser aos 60 anos, ou ainda menos, devido à diminuição da média de vida. Nos países mais desenvolvidos poderia considerar-se os 70 ou 75 anos como passagem á velhice.

Alguns autores agrupam etariamente as pessoas idosas, sugerindo a seguinte classificação: Velhos jovens (60-69 anos); Velhos de meia-idade (70-79 anos); Velhos-velhos (80-90 anos) e Velhos muito velhos (a partir dos 90 anos). Os dois primeiros

pertencem á “terceira idade” e os dois últimos á “quarta idade” e muito provavelmente ainda se poderia falar de uma “quinta idade” (Oliveira, 2005; Papalia et al., 2007).

Uma das classificações que ainda podemos abordar é a feita em função da idade funcional (em função da funcionalidade do indivíduo) e não de acordo com a idade cronológica. Eg: um idoso que tenha 90 anos e que usufrua de uma boa saúde pode ser funcionalmente mais jovem, do que aquele idoso que tenha 65 anos e que não tenha uma boa saúde (Papalia et al., 2007).

A maior parte dos gerontólogos prefere usar o termo “idosos jovem” para a maioria dos idosos saudáveis e ativos, e “idosos mais velhos” para uma minoria frágil e doente (Papalia et al., 2007).

### **1.3. Desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial na terceira idade**

#### **1.3.1. Desenvolvimento físico**

Na terceira idade verificam-se várias mudanças a nível físico, nomeadamente a pele dos idosos altera-se: fica mais pálida, coberta de manchas, perde elasticidade e fica enrugada; os cabelos ficam brancos e escassos, os pelos tornam-se mais finos e brancos. As outras mudanças são menos visíveis; afetam os órgãos internos, o cérebro, o funcionamento sensorial, motor e sexual (Papalia et al., 2007).

Alguns sentidos são pouco afetados pela idade (eg: olfato), outros são mais afetados (eg: a audição e a visão) o que pode provocar défices nas atividades intelectuais e desencadear problemas de equilíbrio (Paúl, & Fonseca, 2005; Oliveira, 2005; Papalia et al., 2007).

O cérebro também sofre mudanças com a idade. Estas mudanças caracterizam-se pela perda e redução das células nervosas, o que provoca uma diminuição das respostas, e surgem problemas de visão e audição, alguns deles podem ser corrigidos (Papalia et al., 2007; Spar, & La Rue, 2005).

#### **1.3.2. Desenvolvimento cognitivo**

A partir da terceira idade, as pessoas podem continuar a adquirir novas informações e habilidades e são capazes de lembrar e usar bem aquelas que já

conhecem. Em alguns adultos idosos, a inteligência permanece estável durante a maior parte da vida adulta, contudo, noutras declina, mais cedo, ou mais rapidamente (Spar, & La Rue, 2005).

Vários estudos abordam as alterações existentes no cérebro humano com o envelhecimento: verificam-se alterações atróficas e da substância branca, bem como a existência de variações regionais específicas na extensão da perda celular; no córtex, os lobos pré-frontais são desproporcionalmente afetados pelas alterações do envelhecimento, enquanto as áreas de associação temporoparietais são menos afetadas; e as populações de células subcorticais monoaminérgicas que se ligam aos lobos frontais por meio de uma complexa rede de projeções estão também sujeitas a um declínio (Oliveira, 2005; Papalia et al., 2007; Spar & La Rue, 2005).

No idoso assiste-se a um ligeiro declínio da eficiência verbal, mas por vezes mantêm-se inalterada, existe um significativo declínio na nas funções perceptivo-espacial (com menor velocidade de realização) e de inteligência fluida (Oliveira, 2005).

A memória a curto prazo ou imediata mantêm-se estável ou declina muito pouco na terceira idade. A memória a longo prazo está bem mantida (Spar, & La Rue, 2005).

Verifica-se que a atenção e a focalização sobre uma atividade em particular, em detrimento de atividades concorrentes. Os adultos idosos têm mais dificuldade em repartir a atenção por múltiplas tarefas (atenção dividida) e em desviar rapidamente a atenção de um tópico para outro (Spar, & La Rue, 2005).

### **1.3.3. Desenvolvimento psicossocial**

Nesta fase desenvolvimental, os relacionamentos são importantes, embora haja um declínio do contacto social. A maioria dos idosos vive com a família, em geral com o cônjuge, mas não com os filhos. Atualmente, a maioria dos idosos prefere viver sozinhos nas suas casas, do que em instituições (Papalia et al., 2007).

No que refere à sua participação social, dir-se-ia que participam em redes sociais mais pequenas e que são socialmente ativos (principalmente com a família e com o seu grupo restrito de amigos). Com o envelhecimento, alguns indivíduos significativos (eg: familiares, amigos e companheiros) vão desaparecendo, portanto é pertinente

reorganizar as redes de apoio informal, de modo a manter a participação e a participar socialmente (Paúl & Fonseca, 2005; Sequeira, 2007).

O momento da passagem à reforma constitui um processo de transição/ adaptação, que implicará alterações no funcionamento, com consequências a nível do bem-estar psicológico e social (Paúl & Fonseca, 2005; Sequeira, 2007).

#### **1.4. Conclusão**

O ser idoso significa uma condição plural dos indivíduos que tem o privilégio de experimentar vidas longas (Paúl & Fonseca, 2005).

Verificamos que o processo de envelhecimento é complexo e que envolve o envelhecimento biológico e social (Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo certos autores, o desenvolvimento cognitivo no idoso, mantêm-se inalterável ao longo desta fase, enquanto outros autores defendem que se assiste a um ligeiro declínio da eficiência verbal e a um significativo declínio das funções perceptivo-espaciais (com menor realização) e da inteligência fluida, contudo a inteligência cristalizada se mantêm intacta Oliveira (2005).

A OMS (2002) fala-nos de envelhecimento ativo como uma experiência positiva, ou seja, em envelhecer com otimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança, de maneira a existir qualidade de vida. Os estilos de vida saudáveis, que incluem a manutenção da atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e cívica e o prolongamento da atividade laboral.

## **II CAPÍTULO: DOENÇA MENTAL E FÍSICA, CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS, PSICOTERAPIA NA IDADE AVANÇADA E PSICOTERAPIA DE INTERVENÇÃO EM VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS**

### **2.1. Introdução**

Neste capítulo, abordaremos as perturbações mentais mais frequentes nos idosos, a Depressão e as Demências de Alzheimer, Vascular e de Parkinson).

Segundo Reiger et al. (1988, cit. in Spar & La Rue, 2005), averiguar as perturbações mais frequentes em adultos idosos americanos não institucionalizados, normalmente traduzem-se na avaliação do Défice Cognitivo Ligeiro, perturbação do humor (depressão), perturbações de ansiedade, perturbações esquizofrénicas, alcoolismo e somatização.

A doença de Alzheimer (DA) é uma das formas mais comuns de demência nos idosos, e caracteriza-se por um transtorno degenerativo e progressivo. A sua evolução compromete não apenas o idoso, mas também a sua família e a comunidade em que ele vive (Machado, Caram, Frank, Soares, & Laks, 2009).

Na América, as estatísticas afirmam que uma em cada dez famílias americanas possui um membro com DA e que a sua prevalência é de 4,5 milhões de indivíduos afetados, podendo alcançar 14 milhões na metade do século XXI (Machado, Caram, Frank, Soares, & Laks, 2009).

A Doença de Parkinson ocasiona uma série de alterações funcionais, por exemplo, rigidez, tremor, bradicinesia, redução na força muscular respiratória, nos tempos máximos de fonação e na intensidade vocal, bem como alterações posturais. As suas repercussões ocorrem simultaneamente, devido às cadeias musculares, na postura corporal, na respiração e, conseqüentemente, na fonação.

A Demência Vascular é caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos, principalmente por alterações de memória e uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas: linguagem, praxia, agnosia e perturbação das funções executivas (Touchon & Portet, 2002).

Faremos, ainda, referência ao AVC (Isquémico e Hemorrágico); ao sono; às doenças físicas: Hipertensão arterial, dislipidemia, a Diabetes (tipo 1 e tipo 2) as doenças reumatológicas (Osteoartrose, a Osteoporose, a polimialgia reumática, e á Hérnia discal); de Dependência e Independência; de cuidadores formais e Informais; e Institucionalização.

Vários autores destacam que os espaços de escuta terapêutica, dirigidos à população idosa, devem ter em consideração: os aspetos centrados no terapeuta (o trabalho com idoso deve ser encarado como um desafio); ter conhecimentos aprofundados sobre a psicologia do desenvolvimento; e realizar um trabalho pessoal, que envolva as conceções pessoais sobre a velhice e envelhecimento (Rebelo, 2007).

A duração e a frequência das sessões devem ser mais flexíveis, promovendo a socialização do paciente ao *setting* terapêutico, visto que os idosos são mais recetivos às terapias. Estas devem ser breves e focalizadas na resolução de problemas, donde nos parece importante sublinhar a necessidade de definir os objetivos terapêuticos e clarificar as expectativas desajustadas, devendo dar-se maior abertura à integração e ao contacto com os familiares, no decurso do processo terapêutico (Rebelo, 2007).

Nas consultas de psicoterapia, com adultos seniores, surgem conflitos relacionados com as transformações da estrutura familiar, da mudança de papéis, da ansiedade face ao envelhecimento e à morte, luto, falhas narcísicas e medo de dependência, bem como, questões associadas ao declínio cognitivo (Rebelo, 2007).

Independentemente das características comuns que os idosos têm entre si, é importante não esquecer, que a psicoterapia na idade adulta avançada tem que fazer a integração entre as questões desenvolvimentais que definem esta transição de vida e a diversidade/heterogeneidade inerente a todos os processos de desenvolvimento (Teri & Logsdon, 1992; Rebelo, 2007).

## **2.2. A Depressão**

Para muitos, depressão significa doença, síndrome, sintoma ou, simplesmente, um estado afetivo. Uma das definições possíveis de depressão: é a sensação de uma tristeza opressiva, que pode ser acompanhada de entorpecimento (paralisia momentânea de uma parte do corpo), cansaço, apatia (falta de motivação), crises de choro, perturbações de

sono, fadiga, falta de energia e muitas vezes são comuns as ideias suicidas. Convém referir, que outras pessoas tornam-se coléricas e irritáveis. Em casos mais graves, o paciente mal consegue mexer-se e está comatoso, podendo ter alucinações e ilusões (Santos, 2002).

### **2.2.1. Depressão Major**

A Depressão Major é uma das formas mais graves de perturbação do humor na terceira-idade (Spar & La Rue, 2005), sendo que a sua prevalência nos idosos é de 3,7% Steffens et al., (2000, cit.in Spar & La Rue, 2005).

Segundo a American Psychiatric Association [APA] (2002), a Depressão Major desenvolve-se ao longo de um período de duas ou mais semanas e caracteriza-se por humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades.

O indivíduo deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista, que inclui: alterações no apetite e no peso, alterações da atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, em concentrar-se ou em tomar decisões, e/ou ter pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação suicida (planos ou tentativas de ação).

A depressão mascarada no idoso pode ser “mascarada” por queixas físicas, quando ela ocorre em doentes com queixas somáticas associadas a causas físicas, a sua identificação é difícil de fazer. Os pacientes idosos com depressão mascarada podem mostrar diferenças consideráveis quanto á sua preocupação hipocondríaca com os sintomas físicos (Spar & La Rue, 2005).

### **2.3. Perturbações de Ansiedade**

A ansiedade caracteriza-se por insónia, tensão angústia, irritabilidade, dificuldades de concentração e também pode manifestar-se através de sintomas físicos (taquicardia, tonturas, cefaleias, dores musculares, formigueiros, suores).

Para se diagnosticar a ansiedade, é importante verificar a intensidade dos sintomas e o seu impacto na vida do indivíduo (Dalgarrondo, 2000; Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006; Pedro, 2001; Spar & La Rue, 2005).

### **2.3.1. Ansiedade Generalizada**

Por Ansiedade Generalizada entende-se uma inquietação, ou sensação de nervosismo, ou de instabilidade, fadiga, dificuldades de concentração sensação de cabeça vazia, instabilidade, tensão muscular e perturbação de sono (Spar & La Rue, 2005; Pedro, 2001).

Ansiedade Situacional caracteriza-se por situações geradoras de ansiedade (eg: uma ida ao dentista, uma viagem de avião, fazer uma transação com o empregado bancário), logo, podemos concluir que este tipo de Ansiedade não interfere com a rotina normal do indivíduo (Spar & La Rue, 2005; Pedro, 2001).

A Ansiedade de Adaptação é a mais frequente nas pessoas idosas e verifica-se após uma evidente crise pessoal (eg: mudança de casa, mudança de quarto (num Lar), aquando da manifestação de uma nova doença física, perante um divórcio e perante uma situação de reforma) (Spar & La Rue, 2005; Pedro, 2001).

### **2.4. Demência**

Do latim *dementia* “privado da mente”, o termo demência foi primeiramente utilizado por Philippe Pine e indica a presença de declínio cognitivo persistente que interfere com as atividades sociais e/ou profissionais do indivíduo (Christofolletti et al., 2006; Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

Apesar da apresentação clínica da demência ser variável, dependendo da sua etiologia, os critérios diagnósticos são constantes. Demência, segundo a APA (2002), é um síndrome que pode ser causado, ou expresso por défices cognitivos múltiplos, os quais incluem falhas de memória e de pelo menos um dos seguintes sintomas: afasia, apraxia, agnosia ou inibição da função de execução.

A demência consiste numa perda das funções mentais, geralmente associada à idade avançada, envolvendo problemas com a memória e o raciocínio. A perda de capacidades mentais é suficientemente grave para interferir com a capacidade de uma pessoa agir normalmente no trabalho ou em sociedade. Caracteriza-se por um défice nas memórias a curto e a longo prazo e pela alteração da personalidade, devido a alterações

no entendimento e no julgamento (Santana & Cunha, 2005; Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

A demência, segundo (Santana & Cunha, 2005), pode ser classificada em: incipiente, ligeira, moderada e severa, e constitui um problema médico e social em crescimento, que ocorre em todas as idades, mas aumenta nas populações mais idosas. É mais frequente na população com idade superior a 75 anos.

Em Portugal, calcula-se que o número de casos de demência seja de cerca de 92.4701,2 (Ribeira, Ramos, & Sá, 2004; Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002).

#### **2.4.1. Doença de Alzheimer**

A DA é a forma mais comum de demência (Lopes, & Bottino, 2002) foi descrita pela primeira vez em 1906, por um psiquiatra alemão chamado Alois Alzheimer, que identificou numa das suas pacientes, a senhora August, verificou que existia um quadro de défice de memória, de alterações comportamentais e de incapacidade em realizar atividades do dia a dia (de rotina).

A essa descrição, adicionou duas alterações anatómicas, que encontraram ao examinar o cérebro da senhora, após a sua morte. O nome da doença foi uma homenagem à importante descoberta feita pelo Dr. Alzheimer (Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002).

Segundo (Hay, 2001; Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002) a DA é uma demência degenerativa, progressiva, e irreversível que afeta os neurónios ou as células nervosas. Este tipo de demência ataca usualmente os neurónios das áreas do cérebro que são responsáveis pelo pensamento, memória e linguagem. As áreas mais afetadas, apresentando redes neurofibrilares, são os lobos frontais e os lobos temporais do córtex cerebral e o hipocampo.

Vários autores (Hay, 2001; Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002) referem que os sintomas mais frequentes da doença de Alzheimer são os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais.

Os sintomas cognitivos são muitas vezes os primeiros a aparecer e podem incluir perturbação, diminuição ou perda de memória; orientação (temporal, espacial, da pessoa); consciência do seu estado; lógica; crítica; percepção; capacidade de cálculo; capacidade de aprendizagem e capacidade do uso da linguagem (Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002).

Relativamente aos sintomas emocionais, estes são originários de alterações, ou lesões cerebrais e isso pode mudar os sentimentos e comportamentos, alterando, essencialmente, a personalidade das pessoas, que devido a esta razão, ficam deprimidas, ansiosas, irritáveis, inseguras, hostis e ciumentas (Petersen, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002).

Caracteriza-se por dificuldades de memória, principalmente na memória a curto prazo (Allegri, 2001; Araújo, & Nicoli, 2010).

Também, segundo Christofolletti *et al.* (2006), uma das características desta demência é o declínio da memória, decorrente da diminuição da acetilcolina nos núcleos basais de Meynert e da atrofia do lobo temporal, principalmente na formação hipocampal.

Esta doença divide-se em três estágios: inicial, com duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que se verificam, as perdas de memória (memória episódica) e onde o doente tem grandes dificuldades em aprender algo de novo (Gallucci-Neto, Tamelini, Forlenza, 2005; Araújo, & Nicoli, 2010); apresenta uma evolução gradual, em que se verifica a afetação de outras funções cognitivas: como o julgamento, o raciocínio e as habilidades visuo-espaciais (Araújo, & Nicoli, 2010; Carvalho-Filho, & Netto, 2000; Teixeira, & Caramelli, 2006).

O estágio intermédio tem uma duração de dois a dez anos, esta fase também é progressiva. Neste estágio, ocorrerá uma afasia fluente (que se caracteriza por uma alteração ou perda da capacidade de falar ou mesmo na compreensão da linguagem escrita e falada). Uma agnosia, que se distingue, por dificuldades na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras, e uma apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas).

Também se verificam alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio (Almeida, 1997; Araújo, & Nicoli, 2010).

Na fase terminal, que tem uma duração de oito a doze anos, todas as funções cerebrais são afetadas na totalidade, verificando-se alterações no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar e realizar os cuidados pessoais, é neste estágio que se verifica uma progressiva deterioração da memória, e também apresentam dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVD). O que insere a DA entre os quadros progressivos irreversíveis de demência. Podem ainda aparecer sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal, que é surpreendentemente rápida, apesar do apetite ficar preservado (Araújo, & Nicoli, 2010; Mansur *et al.*, 2005).

#### **2.4.2. Demência de Parkinson**

A Doença de Parkinson (DP) é uma demência subcortical, progressiva, cujas características são: tremor em repouso (eg: tremor nas mãos); bradicinesia (lentidão dos movimentos); rigidez; alterações posturais e de equilíbrio; depressão; disartrofonía hipocinética (redução da intensidade da voz e dificuldades de deglutição) e disautonomia (incoordenação motora) (André, 2004; Ferreira, Cielo, & Trevisan, 2008; Silberman *et al.*, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

A DP caracteriza-se com bradifrenia, perturbação mnésica ou ausência de sintomas afásico-apraxo-agnósica, pelo menos no início (Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

Esta demência afeta homens e mulheres, na maioria das vezes após os 50 anos de idade e ocorre em todos os países, grupos étnicos e classes sócio-económicas (André, 2004; Ferreira *et al.*, 2007; Silberman *et al.*, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

Atualmente, entende-se a DP como uma doença neurodegenerativa progressiva, caracterizada clinicamente por tremor, rigidez e bradicinesia. Patologicamente é identificada pela perda neuronal da *substância negra* e pela presença de inclusões intra-neuronais dos corpos de Lewy (Spar & La Rue, 2005; Touchon & Portet, 2002).

Segundo Emre (2003), apesar da definição de DP se tratar de uma definição clínico-patológica, existe uma série de outras doenças que podem minimizar a DP sem que haja um “*gold standard*” para o diagnóstico clínico ou patológico.

### **2.4.3. Demência vascular**

Segundo a APA (2002), o diagnóstico de demência Vascular (DV) verifica-se quando existe diminuição da memória e uma, ou mais, perturbações cognitivas (afasia, apraxia, agnosia e perturbação na capacidade de execução).

Ao fazer-se o diagnóstico de DV, baseamo-nos na história clínica do paciente, na avaliação neuropsicológica e nos exames de neuroimagem. Existe uma grande dificuldade em diferenciar a DV da DA.

A grande diferença está no historial de DVE e nos sintomas neurológicos focais (hemiparesia, ataxia, hemianopsia, e/ou alterações como afasia e heminegligência) (Caramelli & Barbosa, 2002; Araújo & Nicoli, 2010).

A prevalência da DV é difícil de estimar, porque diversos estudos usaram critérios de diagnóstico diferentes e muitas vezes não concordam sobre onde deve traçar-se a fronteira entre demência vascular e perturbações degenerativas, sobre a forma como se devem usar as escalas clínicas (eg: a *Hachinski Ischemic Score*) e os achados da imagiologia, ou que grau de gravidade se exige para inclusão em estudos epidemiológicos (Rocca, Chã, Wring, & Kokmen, 1998).

### **2.5. Acidente vascular cerebral (AVC)**

O AVC ou “derrame cerebral” é uma doença em que ocorre o comprometimento súbito da função cerebral, ou seja, a interrupção total ou parcial do fluxo sanguíneo em determinada área do cérebro e que tem como consequência a morte de células cerebrais (Caldas, Ávila, Araújo & Galhardo, 2004).

O AVC é uma incapacitação súbita da circulação cerebral onde as células ficam desprovidas de oxigénio por 7 minutos ou mais, originando um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos sanguíneos cerebrais, causando morte do tecido cerebral (enfarte cerebral) (Caldas, Ávila, Araújo & Galhardo, 2004).

Existem dois tipos de AVC: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) e o Acidente Vascular Isquêmico (AVCI) (Caldas, Ávila, Araújo & Galhardo, 2004).

As causas mais comuns de um AVC são: Hipertensão arterial; Malformações arteriovenosas; Aneurismas; Traumatismos; Discrasias sanguíneas (qualquer alteração envolvendo os elementos celulares do sangue, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas); Tumores; Aterosclerose; Diabetes; Hiperlipidemia; Tabagismo; Vardiopatia; Idade e a existência de AVC anteriores (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

Os sinais e sintomas são muito variáveis e dependem da área do cérebro afetada e se o bloqueio foi total ou parcial, e da presença ou ausência de circulação colateral. O AVC pode ocorrer sem avisar ou pode ser percebido por um ou mais Ataques Isquêmicos Transitórios (AIT) (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

### **2.5.1. AVC Isquêmico**

Este tipo de AVC é dos mais frequentes, sendo responsável por 80% dos casos. Deve-se a um processo de arteroesclerose cerebral, que terá como consequência a diminuição do calibre das artérias e a redução do fluxo sanguíneo no cérebro (Caldas, Ávila, Araújo & Galhardo, 2004).

A sintomatologia do AVC Isquêmico é a seguinte: Perda da comunicação; Perda visual; Anestesia; Ataxia (perda da coordenação dos movimentos); alterações viscerais; e prejuízos na atividade mental e efeitos psicológicos (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

O diagnóstico é feito através de sinais e sintomas, avaliação clínica, exame físico, anamênese, assim como exames: a Tomografia computadorizada (TC), ou ressonância magnética (RM); o Ultra-sonografia Doppler transcraniana. Também se podem fazer exames de suporte: eletroencefalograma, punção lombar e angiografia (Caldas, Ávila, Araújo & Galhardo, 2004).

### **2.5.2. AVC Hemorrágico**

Este tipo de AVC ocorre devido à obstrução dos vasos sanguíneos no cérebro por trombos ou coágulos (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

O AVC Hemorrágico é o menos frequente, mas o mais grave. Ocorre como consequência do rompimento dos vasos cerebrais, tendo como consequência os hematomas ou as hemorragias cerebrais (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

A hemorragia pode ocorrer de várias formas, sendo as principais: o aneurisma, que se traduz, num ponto fraco, ou fino, na parede de uma artéria. Com o tempo estes pontos aumentam com a elevada pressão arterial, acabando por rebentar (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

Também pode ocorrer aquando de uma rutura da parede arterial. As paredes arteriais encrostadas de placas (provocadas pela arteriosclerose) perdem a sua elasticidade, ficam rígidas, finas e sujeitas a romperem (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

Quando ocorre a hemorragia, o sangue pode derramar para o interior do cérebro, provocando uma hemorragia intracerebral. Ou para o espaço cheio de fluido, que se encontra entre o cérebro e a membrana aracnoideia, provocando uma hemorragia subaracnóidea (Caldas, Ávila, Araújo, & Galhardo, 2004).

## **2.6. Perturbações do sono**

A perturbação do sono está associada a muitos dos síndromes acima abordados: perturbações da ansiedade, perturbações do humor, demência e *delirium*, psicoses e perturbações da adaptação. Podem adicionar-se a esta lista, outros fatores, tais como, ruturas causadas por situações stressantes ou causadoras de luto (Spar & La Rue, 2005).

### **2.6.1. Insónia associada às doenças físicas**

Os estados físicos associados com a dor (eg: artrite), a respiração difícil (eg: insuficiência cardíaca congestiva, ou pneumonia obstrutiva crónica) ou a imobilidade (eg: AVC ou doença de Parkinson) podem perturbar gravemente o sono (Spar & La Rue, 2005).

O acordar com frequência também pode estar associado à obstrução urinária secundária e ao prostatismo, ou à infeção crónica das vias urinárias. As Mioclonias noturnas e a apneia do sono são situações físicas pouco frequentes e não estão propriamente associadas à insónia (Spar, & La Rue, 2005).

A apneia do sono foi observada em 30% a 40% dos doentes idosos, que foram avaliados em laboratórios, e chegou-se à seguinte conclusão: que a apneia não influenciava a insónia, mas que a obesidade e o ressonar influenciavam-na diretamente (Spar, & La Rue, 2005).

Os Fármacos simpaticomiméticos (incluindo descongestionantes e broncodilatadores), derivados da metilxantina (como a teofilina e a aminofilina), psicoestimulantes, certos antidepressivos (flutexina, bupropiona, e a mirtazapina em doses elevadas) e medicamentos que contenham cafeína podem interferir no sono, especialmente se forem ingeridos à noite (Spar, & La Rue, 2005).

Existem dados experimentais e clínicos, que indicam, que a maior parte dos hipnóticos, senão todos, podem produzir perturbação do sono, depois do uso prolongado (por vezes logo após 3 semanas de ingestão noturna), ou durante a fase de abstinência aguda, ou após ingestão repetida (o chamado efeito de ressalto) (Spar & La Rue, 2005).

## **2.7. Doenças físicas**

Neste ponto iremos abordar algumas doenças na terceira idade, como a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes e as doenças reumatológicas.

### **2.7.1. Hipertensão arterial**

A pressão arterial elevada define-se como uma pressão sistólica em repouso superior ou igual a 140 mm Hg, uma pressão diastólica em repouso superior ou igual a 90 mmHg, ou a combinação de ambas (Nunes, 2008).

Na hipertensão, geralmente, tanto a pressão sistólica como a diastólica estão elevadas. Na hipertensão sistólica isolada, a pressão sistólica é superior ou igual a 140 mmHg, mas a diastólica é menor que 90 mmHg (isto é, esta última mantém-se normal) (Nunes, 2008). A hipertensão sistólica isolada é frequente na idade avançada. A pressão arterial aumenta com a idade (Nunes, 2008).

### **2.7.2. Dislipidemia**

O colesterol e os triglicerídios são gorduras que existem nas células do nosso organismo e são necessários, pois fazem parte do revestimento das células

(membranas), e são imprescindíveis para a transmissão dos impulsos nervosos entre as células do sistema nervoso e entram também na formação da bÍlis (Nunes, 2008).

A Dislipedemia é um termo usado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidios (gorduras) no sangue. As dislipidemias podem ser de vários tipos, podem manifestar-se por um aumento dos triglicerídios (TG's); por um aumento do colesterol; por uma combinação dos dois fatores anteriores (a dislipidemia mista); e ainda por uma redução dos níveis de HDL (o chamado "bom" colesterol) (Nunes, 2008).

### **2.7.3. A Diabetes**

Diabetes meilitus é uma doença crónica, que se caracteriza por uma elevada taxa de glicose (açúcar) no sangue e por uma falta, parcial ou total, de insulina. Em qualquer faixa de idade, a taxa normal de glicose encontra-se entre 70 a 110mg/dl em jejum (Nunes, 2008).

A diabetes é uma doença crónica, que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar toda a glicose proveniente dos alimentos. À quantidade de glicose no sangue chama-se glicemia e quando esta aumenta diz-se que o doente está com hiperglicemia (Nunes, 2008).

Existem vários tipos de diabetes: Diabetes Tipo 2 (Diabetes, Não Insulinodependente). Este tipo de diabetes é o mais frequente (90 por cento dos casos). O pâncreas produz insulina, mas as células do organismo oferecem resistência à ação da insulina. Assim, o órgão vê-se obrigado a trabalhar cada vez mais, até que a insulina produzida se torna insuficiente e o organismo tem sucessivamente maior dificuldade em absorver o açúcar proveniente dos alimentos. Este tipo de diabetes aparece normalmente na idade adulta e o seu tratamento, na maioria dos casos, consiste na adoção duma dieta alimentar, de forma a normalizar os níveis de açúcar no sangue (Nunes, 2008).

Recomenda-se também a atividade física regular. Caso não consiga controlar a diabetes através de dieta e atividade física regular, o doente deve recorrer a medicação específica e, em certos casos, ao uso da insulina (Nunes, 2008).

A Diabetes Tipo 1 (Diabetes Insulinodependente) é mais rara. O pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente, ou de qualidade deficiente, ou ambas as situações. Como resultado, as células do organismo não conseguem absorver, do sangue, o açúcar necessário, ainda que o seu nível se mantenha elevado, logo é detetado na urina. Contrariamente à diabetes tipo 2, a diabetes tipo 1 aparece com maior frequência nas crianças e nos jovens, contudo pode aparecer em adultos e até em idosos. Não está diretamente relacionada, como no caso da diabetes tipo 2, com hábitos de vida ou de alimentação errados, mas sim com a manifesta falta de insulina. Os doentes necessitam de uma terapêutica com insulina para toda a vida, porque o pâncreas deixa de a produzir, devendo ser acompanhados, em permanência, pelo médico e outros profissionais de saúde (Nunes, 2008).

Outras complicações associadas à diabetes são a Retinopatia (lesão da retina); Nefropatia (lesão renal); Neuropatia (lesão nos nervos do organismo); Macroangiopatia (doença coronária, cerebral e dos membros inferiores) Hipertensão arterial; Hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue); Hiperglicemia (nível elevado de açúcar no sangue); Lípidos no sangue (gorduras no sangue); Doenças cardiovasculares (angina de peito, ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais); Obstrução arterial periférica (perturbação da circulação, eg: nas pernas e nos pés); Disfunção e impotência sexual (a primeira manifesta-se de diferentes formas em ambos os sexos); Infecções diversas e persistentes (boca e gengivas, infecções urinárias, infecções das cicatrizes depois das cirurgias); e o Pé diabético (Nunes, 2008).

Na Diabetes tipo 1 os doentes podem ter uma vida saudável, plena e sem grandes limitações, basta fazer o tratamento prescrito pelo médico corretamente. O objetivo do tratamento é manter o açúcar (glicose) no sangue o mais próximo possível dos valores considerados normais (bom controlo da diabetes), para que os doentes se sintam bem e sem nenhum sintoma da doença. Serve ainda para prevenir o desenvolvimento das manifestações tardias da doença e para diminuir o risco das descompensações agudas, nomeadamente da hiperglicemia e da cetoacidose (acidez do sangue). Este tratamento, que deve ser acompanhado obrigatoriamente pelo médico de família, engloba três vertentes fundamentais: adoção de uma dieta alimentar adequada, prática regular de exercício físico e o uso da insulina (Nunes, 2008).

Na Diabetes tipo 2 o tratamento é semelhante mas, devido à menor perigosidade da doença, na maioria das vezes basta que a alimentação seja adequada e que o exercício físico passe a fazer parte da rotina diária, para que com a ajuda de outros medicamentos específicos (que não a insulina), a diabetes consiga ser perfeitamente controlada pelo doente e pelo médico (Nunes, 2008).

Os medicamentos usados no tratamento deste tipo de diabetes são geralmente fármacos (comprimidos) que atuam no pâncreas, estimulando a produção de insulina (Nunes, 2008).

Seguindo uma alimentação correta e adequada, praticando exercício físico diário e respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico, um doente com diabetes tipo 2 garante a diminuição do risco de trombozes e ataques cardíacos; a prevenção de doenças nos olhos e nos rins; e da má circulação nas pernas e nos pés, fator que diminui significativamente o risco de amputações futuras (Nunes, 2008).

A insulina é uma hormona hipoglicemiante, segregada pelas células beta dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, que é usada no tratamento dos doentes diabéticos. Pode ser obtida a partir do pâncreas do porco, ou feita quimicamente, com a forma idêntica à insulina humana recorrendo ao uso de tecnologia do ADN recombinante ou da modificação química da insulina do porco (Nunes, 2008).

Em Portugal, só é comercializada insulina igual, à insulina humana, produzida com recurso a técnicas de engenharia genética, sendo as reações alérgicas muito raras em virtude da sua grande pureza (Nunes, 2008).

No mercado estão disponíveis diversas concentrações de insulina. No nosso país, só se encontra disponível a concentração U-100 (1ml=100 unidades) (Nunes, 2008).

Os diabéticos devem evitar os açúcares de absorção rápida, como os rebuçados, os doces, os refrigerantes, os bombons, os chocolates, o mel, os bolos, as tortas, os pudins, as geleias, os biscoitos, as bolachas doces, o leite condensado, e os gelados. Mas podem comer estes alimentos, só que sem açúcar (mas não abusar). Não devem abusar dos amidos (pães, massas, arroz, batata) associados a fibras, como (grãos e leguminosas), frutas, proteínas (carne, leite, ovos e derivados), legumes e verduras (Nunes, 2008).

#### **2.7.4. As Doenças reumatológicas**

As pessoas idosas têm várias doenças reumáticas, como a osteoartrose, a osteoporose, a polimialgia reumática (PMR) é uma doença inflamatória, que se caracteriza pela presença de dor e rigidez dos ombros, região cervical e ancas) e as doenças da coluna (Marques & Kondo, 1998).

A osteoartrose é uma doença que atinge as cartilagens articulares, que são um tecido conjuntivo elástico, que se encontram nas extremidades dos ossos que se articulam entre si. A cartilagem articular é nutrida pelo líquido articular ou líquido sinovial. Este líquido é muito viscoso e contribui para lubrificar as articulações, facilitando os seus movimentos, e permitindo que nas articulações saudáveis as cartilagens deslizem umas sobre as outras sem atrito, isto é, sem desgaste (Marques & Kondo, 1998).

A cartilagem articular é constituída por células chamadas condrocitos, água e por substâncias proteicas produzidas por estas células e chamadas, respetivamente, proteoglicanos e fibras de colagénio (Marques & Kondo, 1998).

Os principais sintomas da osteoartrose são a dor, a rigidez, a limitação dos movimentos e, em fases mais avançadas, as deformações (Marques & Kondo, 1998).

Os objetivos do tratamento da osteoartrose são aliviar e, se possível, suprimir as dores; melhorar a capacidade funcional, isto é, aumentar a mobilidade das articulações atingidas; evitar a atrofia dos músculos relacionados com as referidas articulações; e, finalmente, impedir o agravamento das lesões já existentes. A osteoartrose não se trata apenas com medicamentos e fisioterapia (Marques & Kondo, 1998).

O doente deve aprender a: dormir numa cama dura, preferencialmente em decúbito dorsal, isto é, de "barriga para o ar", posição que propicia um repouso completo da coluna vertebral; não permanecer durante muito tempo na mesma posição, sobretudo nas posições de pé ou sentado. As longas estadias nestas posições constituem uma sobrecarga para a coluna, em particular para a coluna lombar, as ancas e os joelhos; o pescoço deve andar em hiperextensão e nunca fletido (Marques & Kondo, 1998).

Esta postura é particularmente importante para os doentes com cervicartrose (artrose da coluna cervical); evitar pegar em objetos pesados, o que constitui uma grande sobrecarga para as articulações da coluna vertebral; evitar as flexões da coluna vertebral (Marques & Kondo, 1998).

O doente, quando tiver de apanhar um objeto do solo, não deve fletir a coluna, mas sim dobrar os joelhos; o vestuário deve ser simples e prático, evitando as roupas apertadas, os fechos atrás das costas e os botões de pequenas dimensões. Os sapatos devem ter contrafortes resistentes e os saltos não devem ser altos. Os saltos altos aumentam a lordose lombar, originando dores ao nível deste segmento de coluna; evitar tanto quanto possível os transportes trepidantes, como o autocarro e a maioria dos automóveis. Sempre que possível, andar de comboio, de elétrico ou metro, mas não nas horas de ponta; os estudantes e outros trabalhadores que passam longas horas a uma secretária devem evitar posturas incorretas. São muito importantes a altura das cadeiras e das secretárias, a fim de evitar que os doentes passem horas demasiado fletidos sobre as suas secretárias de trabalho (Marques & Kondo, 1998).

A osteoporose, que provoca diminuição da resistência óssea, condiciona o aparecimento de fraturas por traumatismos de baixa energia e causa anualmente, em Portugal, 40 mil fraturas, das quais 8.500 ocorrem no fémur proximal. Os seus níveis de morbidade e mortalidade são apreciáveis (Yazbek & Neto, 2008).

Esta patologia é uma doença esquelética sistémica, que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e por uma alteração da qualidade microestrutural do osso, levando a uma diminuição da resistência óssea e ao conseqüente aumento do risco de fraturas (Yazbek & Neto, 2008).

As fraturas mais frequentes ocorrem nas vértebras dorsais e lombares, na extremidade distal do rádio e no fémur proximal. Atinge sobretudo as mulheres pós-menopáusicas e as pessoas idosas de ambos os sexos no idoso (Putz & Pabst, 2006).

Antes de falarmos das doenças da coluna, começaremos por definir coluna vertebral. A coluna vertebral é composta por trinta e três pequenos ossos ou vértebras que sustentam o corpo, permitindo o movimento e protegendo a medula. Apresenta três

segmentos principais: o cervical (pescoço), o torácico (tórax) e o lombar (cintura) (Putz & Pabst, 2006).

A coluna cervical é a parte superior da coluna e é formada por sete vértebras. As duas primeiras vértebras cervicais (atlas e áxis) diferem totalmente das outras, porque são destinadas especificamente para executarem os movimentos de rotação (Putz & Pabst, 2006).

A coluna torácica constitui a parte média da coluna e é formada por doze vértebras. Estas vértebras estão conectadas com as costelas e formam a parte posterior do tórax. A parte mais baixa da coluna chama-se coluna lombar e é constituída por cinco vértebras (Putz & Pabst, 2006).

O sacro é um osso grande e triangular, que se encontra localizado na base da coluna vertebral e que se articula com o osso da cauda da coluna ou cóccix (Putz & Pabst, 2006).

Com a idade, o esforço ou movimentos incorretos, a estrutura dos discos altera-se desidratando-se e modificando a sua flexibilidade. Consequentemente, as vértebras aproximam-se, o que pode resultar no estreitamento dos orifícios de saída das raízes nervosas na coluna e os discos diminuem a sua capacidade de absorção podendo rasgar-se internamente (Negrelli, 2001).

O desgaste, uma postura errada e movimentos do corpo incorretos podem causar, igualmente, o enfraquecimento do disco e consequentemente provocar dores na coluna ou nos membros, bem como problemas funcionais, como por exemplo: dormência, formigueiro nos membros ou dificuldade em andar (Negrelli, 2001).

Para além das lesões do disco, também existem as alterações das articulações entre vértebras e os ligamentos e músculos adjacentes à coluna podem tornar-se dolorosos, contribuindo para aumentar a intensidade da dor (Negrelli, 2001).

A dor lombar é muito frequente, porque é nesta região que se apoia a maior parte do peso corporal (logo, o peso excessivo pode ser prejudicial) e onde ocorre a maior quantidade de movimentos (Negrelli, 2001).

#### **2.7.4.1. Hérnia discal**

Durante os movimentos do tronco, a pressão nos discos da coluna torna-se irregular. A repetição destes movimentos, especialmente se o movimento for brusco e a pessoa não estiver preparada para o executar, pode causar lesões no disco. Após várias lesões deste tipo, podem surgir ruturas da parte externa do disco e o interior do disco intervertebral pode exteriorizar-se por essas fendas, produzindo uma hérnia discal (Negrelli, 2001).

A prevalência das hérnias discais sintomáticas estima-se em cerca de 2 a 3% da população, embora o número de hérnias discais assintomáticas seja muito superior. O aparecimento de uma hérnia discal é mais usual entre os 35 e 50 anos de idade. As alterações degenerativas relacionadas com a idade tendem a provocar a perda de flexibilidade e elasticidade dos discos intervertebrais e, conseqüentemente, fragilidade e rutura (Negrelli, 2001).

Como fatores de risco são também considerados, para além da idade, as atividades repetitivas e os traumatismos na coluna (Negrelli, 2001).

Os principais sintomas de uma hérnia discal são: dor, sensação de formigueiro, dormência ou falta de força num membro superior ou inferior (Negrelli, 2001).

#### **2.7.4.2. Espondilartrose (vulgo espondilose)**

Da mesma forma que as várias articulações do corpo (ombro, anca, joelhos, etc.) sofrem de processos de desgaste/envelhecimento (ou degenerescência) conhecidos por artroses, também ocorre o mesmo às articulações entre as vértebras. A artrose das articulações intervertebrais chama-se espondilartrose e pode causar crises dolorosas muito intensas, normalmente associadas a fenómenos inflamatórios (Silva & Ribeiro, 2009).

Geralmente, associada à espondilartrose ou espondilose observa-se: discartrose (degenerescência do disco), artrose das articulações posteriores (chamadas interfacetárias) e osteofitose, denominação atribuída ao desenvolvimento de “esporões” ósseos nas vértebras, muito conhecidos como *bicos de papagaio* (Cecin, 1997; Silva & Ribeiro, 2009).

Mas existem outras doenças reumáticas crônicas que não possuem cura, como a artrite reumatoide, a gota, a espondilite anquilosante, entre outras, diagnosticadas em faixas etárias mais jovens, que evoluem ao longo da vida e carregam um peso importante quando esses indivíduos se tornam idosos. Essas mesmas doenças, como a artrite reumatoide, a gota (em mulheres) e a condrocalcinose, podem-se iniciar no grupo mais velho com manifestações clínicas diversas das habituais (Silva & Ribeiro, 2009).

## **2.8. Dependência, Independência e autonomia na velhice**

O conceito de dependência está intimamente relacionado com a incapacidade do indivíduo para satisfazer as suas necessidades básicas (Sequeira, 2007).

Falar de dependência no idoso é falar da incapacidade do idoso para alcançar um nível de satisfação aceitável, relativamente às suas necessidades, ou seja, realizar tarefas com ajuda dos outros.

A dependência não implica uma alteração do funcionamento cognitivo e emocional (Sequeira, 2007).

A autonomia está relacionada com a capacidade do indivíduo para gerir a sua vida (Sequeira, 2007).

Segundo Sequeira (2007), a dependência é um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros), para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas. A dependência, ao contrário do que muitas vezes se possa pensar, não é um atributo exclusivo da velhice, podendo ser constatada ao longo do processo evolutivo do ser humano.

No entanto, a dependência não constitui um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar e até ser prevenida, ou reduzida, se existir uma assistência adequada Sequeira (2007).

Existem vários graus de dependência nos idosos: Baixa dependência, Média dependência e Elevada dependência. A Baixa dependência: onde os idosos são somente supervisionados em todas as suas tarefas e atividades de vida diária (AVD). Muitas vezes, são idosos saudáveis, mas de idade bastante avançada (Sequeira, 2007).

A Média dependência: os idosos, aqui, encontram-se numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva do cuidador, no desempenho de algumas atividades básicas, como tomar banho, tomar medicamentos, cuidar de suas finanças, ir ao médico. São os idosos que apresentam alguma deficiência, ou doença, tais como osteoartrose importante, patologias cardíacas, défices visuais ou auditivos (Sequeira, 2007).

Elevada dependência: os idosos com elevada dependência necessitam diariamente do auxílio intensivo de cuidadores, não tendo capacidade para desempenhar qualquer tipo de AVD. São os idosos já com um processo avançado de doenças incapacitantes, como as demências, a doença de Parkinson, as neoplasias. Normalmente estão restritos ao leito e à cadeira tem dificuldades cognitivas sérias e apresentam descontrole esfinteriano (incontinência urinária e fecal) (Sequeira, 2007).

Existem instrumentos de diagnóstico que avaliam o grau de dependência do idoso (eg: o índice de Barthel, que avalia a capacidade funcional do idoso, determina o grau de dependência, de forma global e parcelar) (Sequeira, 2007).

Na velhice, o conceito de interdependência fica relegado para segundo plano, dando lugar aos conceitos de dependência, independência, autonomia e perda de autonomia. Nesta fase, a resposta social ao declínio biológico, o afastamento do trabalho, a mudança da identidade social, a desvalorização social do idoso e a indefinição de um contexto social pertinente implicam em alto grau de stress na vida do idoso, dificultando a realização das tarefas evolutivas Sequeira (2007).

Pode-se dizer, então, que as mudanças biológicas e as mudanças nas exigências sociais constituem fatores fortemente preditivos das dependências na velhice. Essas dependências são classificadas em dependência estruturada, física e comportamental Sequeira (2007).

A dependência estruturada está ligada à ideia de que o valor do ser humano é determinado, em primeira instância, pela sua participação no processo produtivo. A perda do trabalho e/ou a reforma, são exemplos de dependência estruturada (parte da população trabalhadora disponível sustenta, os que estão fora da força de trabalho) (Sequeira, 2007).

Existem outros fatores, que podem determinar situações de extrema dependência, ou seja, a dependência física e a psicológica em indivíduos sadios, ou agravar a dependência, daqueles que já apresentam algum comprometimento funcional, cognitivo ou social Sequeira (2007).

Neste contexto, são também dependentes, aqueles que participam em guerras, que estão presos, os exilados, os hospitalizados (hospitalização prolongada em instituições psiquiátricas), os que se encontram institucionalizados em lares, os que são sujeitos a maus-tratos Sequeira (2007).

A dependência física diz respeito à incapacidade funcional, ou à incapacidade individual, que a pessoa apresenta para realizar atividades da vida diária (Sequeira, 2007).

Pode variar em graus de acordo com a idade, o gênero, a classe social e a ocorrência de problemas psiquiátricos, porém é mais frequente entre os idosos (Sequeira, 2007).

As incapacidades orgânicas resultantes das doenças crônico-degenerativas e/ou incapacitantes não determinam, necessariamente, a dependência física, ou a incompetência do idoso; contudo, são vistas como um sinal de dependência generalizada (Sequeira, 2007).

Infelizmente, não se pode negar a ligação existente entre competência e autonomia, e entre incompetência e dependência; entretanto, considerando-se as variações existentes entre os dois extremos, a dependência física não é determinante, por si, da perda de autonomia (Sequeira, 2007).

Já a dependência comportamental, pode ocorrer em consequência da dependência física e é explicada, por dois grandes paradigmas: um vê a dependência como resultado do desamparo aprendido; o outro considera-a como instrumento de controle passivo (Sequeira, 2007).

## **2.9. Cuidar e cuidadores (formais e informais)**

Cuidar é por natureza um ato inerente à condição humana (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

O cuidador é o principal responsável por fornecer, ou coordenar, os recursos requeridos pelo paciente (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Os cuidadores são pessoas, que se dedicam a prestar cuidados a outra pessoa, neste caso idosos, sejam eles membros de família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou pessoas contratadas pela família para esse fim, constituem o elemento chave de apoio ao idoso dependente (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

A função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família e ao género feminino (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

O Cuidador Formal presta cuidados de saúde, ou serviços sociais para outros, em função da sua profissão, e usa as suas habilidades e competências provenientes de formações específicas (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Geralmente, os cuidadores formais recebem compensação financeira pelos seus serviços. Mas, noutros casos não recebem, porque são voluntários de organizações ou grupos. Os cuidadores formais atendem às necessidades de cuidados de saúde pela provisão efetiva de serviços, competência e aconselhamento, bem como apoio social (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Cuidador formal é uma (atividade profissional), a prestação de cuidados é feita por profissionais qualificados (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais) que tem uma preparação específica para o desempenho deste papel e que são remunerados, ou voluntários (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Cuidados informais consistem, no acompanhamento efetuado por familiares, ou outras pessoas próximas, que se responsabilizam pela assistência da pessoa no seu dia-a-dia, na promoção da sua qualidade de vida e garantindo que as suas necessidades diárias são satisfeitas (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Os cuidadores informais são aqueles que prestam cuidados no domicílio e que estão a cargo dos elementos da família, amigos e vizinhos. Cuidadores informais são

indivíduos que desempenham esta função, numa base informal, sem preparação profissional prévia, ou qualquer vínculo contratual e sem qualquer tipo de remuneração (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

O cuidador informal é habitualmente um membro da família, ou alguém muito próximo do doente. Estes representam uma mais-valia, numa sociedade que ainda não é capaz de dar uma resposta satisfatória às necessidades de cuidados por parte da população idosa (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

O cuidador informal pode ainda ser: primário ou principal, secundário e terciário. O cuidador primário ou principal, é aquele que assume a responsabilidade de supervisionar e orientar diretamente o idoso, realizando a maior parte dos cuidados. O cuidador secundário é aquele que ajuda na prestação dos cuidados de formação ocasional, mas não tem a responsabilidade, habitualmente são familiares que dão apoio ao cuidador informal principal (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

O cuidador terciário pode ser um amigo, vizinho que esporadicamente ajuda quando é solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Os cuidadores informais primários que são responsáveis pelo bem-estar físico, emocional e social dos idosos dependentes que estão a seu cargo (Garrido & Almeida, 1999; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Verificou-se que estes cuidadores informais necessitariam de informação, de formação e de acompanhamento na sua integração no decorrer desta experiência. Porque para aqueles que já desenvolveram esta atividade é mais fácil a sua integração na execução destas tarefas. Mas para quem nunca as desenvolveu, torna-se mais difícil (Garrido & Almeida, 1999; Marques, 2007; Martin, 2005; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007; Santos, 2006).

A opinião dos cuidadores informais é importante, para uma melhor e maior receptividade, no cumprimento de futuros projetos relacionados com estes, e no contexto domiciliário (Garrido & Almeida, 1999; Marques, 2007; Martin, 2005; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007; Santos, 2006).

“Cuidar” do idoso dependente no domicílio é uma aprendizagem constante, baseada nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com nível de dependência do idoso, mas muitas vezes esta tarefa torna-se difícil, porque este tipo de cuidadores é inexperiente (Almeida, 2005; Garrido & Almeida, 1999; Marques, 2007; Martin, 2005; Mendonça et al., 2000; Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007; Santos, 2006).

## **2.10. Psicoterapia na idade avançada**

A intervenção que se destina á terceira idade, em primeiro lugar é medicamentosa. Para além disso foca-se mais na reabilitação cognitiva (intervenção em défices) se lhe permitirmos a sua inserção na sociedade (Touchon & Portet, 2002).

### **2.10.1. As técnicas de estimulação cognitiva global**

Estas consistem no processo de readaptação (reforçam os recursos cognitivos, afetivos e sociais).

Nalguns centros, foram implementados programas de estimulação cognitiva, tais como o PAC-FNG de Routrou.

Este programa é constituído por pequenos grupos de indivíduos (6 a 8 doentes, reunidos em sessões sucessivas e tem em comum, a realização de exercícios cognitivos, sob a direção de um psicólogo (com formação em neuropsicologia) que ajuda o paciente a utilizar as suas capacidades cognitivas intactas para resolver determinados exercícios (Touchon & Portet, 2002).

ATOR (Terapia de Orientação para a Realidade), a Reeducação Comportamental Ativa, a Terapia da Reminiscência e a Reabilitação Baseada na Facilitação da Memória Implícita Residual são técnicas e ferramentas que visam dotar o/a paciente de estratégias para lidar com as situações com que se depara no dia-a-dia, com o objetivo de lhe proporcionar alguma autonomia e também melhorar a sua qualidade de vida (Touchon & Portet, 2002).

Estas técnicas (bastante praticadas no Reino Unido) estão também associadas ao apoio à família e ao paciente, recorre-se ao apoio psicológico e a outras formas de terapia, como: a terapia pela arte e pela música (Touchon & Portet, 2002).

De acordo com estes autores (Touchon & Portet, 2002) a musicoterapia e a arteterapia são excelentes formas de reinserir socialmente alguém cuja doença o isolou do Mundo.

Além destas psicoterapias acima abordadas vamos falar de modelos Psicoterapêuticos mais utilizados na idade adulta avançada. Vários autores afirmam que os espaços de escuta terapêutica dirigidos à população idosa devem ter em consideração, aspetos centrados no terapeuta (o trabalho com idoso deve ser encarado como um desafio; devem existir conhecimentos aprofundados sobre a psicologia do desenvolvimento desta etapa do ciclo de vida; deve-se realizar um trabalho pessoal que envolva as concepções pessoais sobre a velhice e o envelhecimento, independentemente da sua idade cronológica) e centrados no *setting* (a duração e frequência das sessões deve ser mais flexível; socializar o doente ao *setting* terapêutico (Kennedy & Tanenbaum, 2000; Rebelo, 2007; Teri & Logsdon, 1992; Wheelock, 1997).

Os idosos são particularmente recetivos a terapias breves e focalizadas na resolução de problemas, donde nos parece importante sublinhar a necessidade de definir os objetivos terapêuticos e clarificar expectativas desajustadas; deve-se reforçar a independência do indivíduo, sempre que seja possível; na sequência de situações em que o declínio mnésico começa a ser evidente, uma das situações que poderá ocorrer é que o paciente conte várias vezes um mesmo assunto (Kennedy & Tanenbaum, 2000; Rebelo, 2007; Teri & Logsdon, 1992; Wheelock, 1997).

Nas consultas de psicoterapia com adultos seniores surgem conflitos relacionados com as transformações da estrutura familiar, com a mudança de papéis, a ansiedade face ao envelhecimento e à morte, o luto, as falhas narcísicas e o medo de dependência, bem como, questões associadas ao declínio cognitivo (Kennedy & Tanenbaum, 2000; Rebelo, 2007; Teri & Logsdon, 1992; Wheelock, 1997).

Existe alguma controvérsia sobre os benefícios das psicoterapias de inspiração psicanalítica nos adultos seniores, que podem tornar estas abordagens terapêuticas bastantes úteis: os mais idosos estão disponíveis para processos introspectivos, são, mais capazes de efetuarem uma revisão da sua história de vida, com a atribuição de novos significados (Cohler, 1998; Rebelo, 2007).

Numa leitura psicodinâmica, a manutenção da auto-estima e o reforço do narcisismo são aspetos fundamentais no trabalho clínico com idosos (Cohler, 1998; Rebelo, 2007).

Costa (1998) refere que quando o sujeito se apercebe que não consegue obter a satisfação dos seus desejos (em virtude dos défices que vai acumulando), entra em conflito e acaba por retrair-se do contacto com o mundo exterior.

Por um lado, concentra toda a sua energia em si mesmo, voltando a sua atenção exclusivamente para as suas necessidades, explicando, assim, o aumento do seu narcisismo, e, por outro, aumenta as suas reflexões internas e ativa as suas recordações do passado, ou seja, aumento da interioridade. É possível que alguns indivíduos não consigam fazer uma adequada adaptação à descoberta da sua interioridade.

Nestes casos, o passado é trazido por meio de recordações com uma conotação dolorosa e, deste modo, o incremento da interioridade em vez de fazer com que o sujeito relembre factos positivos (que reafirmariam de forma positiva a sua identidade), faz com que dê ênfase aos aspetos negativos (o ideal do eu é representado como algo inatingível) (Rebelo, 2007).

Deste modo, a prática psicanalítica contemporânea não se resume à análise e interpretação da história dos acontecimentos precoces, mas integra a forma como o sujeito resolve e se adapta às diferentes tarefas, que marcam a vida adulta. Mesmo para os terapeutas que não se revêm no modelo psicanalítico, julgamos muito úteis as considerações clínicas em torno das especificidades, do processo de transferência e contratransferência nesta faixa etária (Rebelo, 2007).

### **2.11. As Psicoterapias de grupo com idosos**

Este tipo de Psicoterapia encontra a sua primeira referência em 1950; na década seguinte surgiram outras publicações que relatavam as intervenções em indivíduos internados em unidades hospitalares/instituições.

Relativamente às psicoterapias de grupo, os modelos que se tem utilizado na intervenção com idosos são a grupanálise (Evans, 1998), o psicodrama (Costa, 1998) e as terapias cognitivo-comportamentais (Klausner *et al.*, 1998; Scocco *et al.*, 2002).

A grupanálise, sendo um modelo terapêutico que, contrariamente à psicanálise clássica, valoriza os aspetos do contexto e do aqui e agora, reforça a importância do grupo funcionar como um espelho positivo e os diferentes elementos do grupo terem para si e para os outros um olhar crítico. Os autores sublinham que é comum os idosos assumirem representações negativas sobre o envelhecimento e, numa primeira etapa do trabalho de grupo, é frequente negarem as perdas e projetarem as representações negativas nos outros.

O trabalho interpretativo e de elaboração, desbloqueia a resistência ao pensamento e ajuda a planear o futuro (Evans, 1998).

Os gerontodrama mantêm a estrutura terapêutica do psicodrama, é aplicada aos idosos mais novos, porque os idosos mais velhos tem mais dificuldade na dramatização. Nomeadamente aqueles cuja história pessoal está marcada pela restrição do jogo e, conseqüentemente, um empobrecimento na capacidade de fantasiar), imaginação e inversão de papéis, bem como, nos solilóquios (Evans, 1998).

Costa (1998) quando o grupo percebe e domina a técnica, a terapia evolui muito bem; o idoso desenvolve a sua afetividade, recupera a espontaneidade, diminui as atitudes automatizadas, promove um alargamento da rede social pessoal e a qualidade dessas relações.

As terapias cognitivo-comportamentais são ótimas, para as abordagens individuais, promovem a aprendizagem e o treino de competências, recorrem a sessões estruturadas e didáticas.

## **2.12. Psicoterapia de intervenção em vítimas de maus-tratos**

Existem vários modelos para intervir em vítimas, a nível de intervenção Psicológica: o modelo Narrativo de Re-autoria e o modelo de Autocontrolo. Ainda abordaremos o modelo de Intervenção em crise.

O modelo narrativo, proposto pelos autores With e Epton (1990, cit.in Gonçalves, 1998) afirmam que a internalização de crenças erradas relativamente à vitimação sofrida e que acaba por veicular a sua continuidade. Este tipo de internalização aborda os discursos sociais que sustentam a dominação masculina e a submissão feminina. A

mudança requer uma alteração dos significados. A re-autoria poderia ser descrita como a recriação, ou seja, o processo de distanciamento das narrativas (problemáticas de desqualificação). Trata-se de um reapropriar da experiência passada, através de quadros alternativos, reestruturando o presente em direção à “autoria”.

A mudança baseia-se em reconstruir e escrever a experiência. Este modelo apresenta 3 elementos essenciais do processo de ajuda. O 1º elemento baseia-se na recusa, por parte do Psicólogo, de todo e qualquer tipo de linguagem utilizada pela vítima, que se refira ao problema, deve-se evitar a personalização do mesmo (externalização da linguagem). O 2º elemento caracteriza-se pela identificação e a aplicação dos resultados únicos. Pretende-se identificar os episódios da sua vida que não foram afetados pelo problema, ou seja, consiga viabilizar a possibilidade de leituras alternativas (Gonçalves, 1998).

O último elemento a ser tratado, diz respeito ao enquadramento discursivo do problema, ou seja, perceber o contexto em que o discurso das vítimas decorre (Gonçalves, 1998).

Segundo Ahoneye e Thoreses (1974, cit.in Gonçalves, 1998), O paradigma de autocontrolo é uma tentativa de devolver o poder á pessoa, ao colocar o indivíduo no papel de agente ativo e na manipulação dos determinantes do seu próprio comportamento.

Este modelo remete para o indivíduo a responsabilidade do processo de regulação do seu comportamento, bem como de todo o processo de autorreferência e autorregulação. Este modelo divide-se em 3 estádios: Auto-monitorização ou Auto-observação; Auto-avaliação ou Auto-julgamento; e Auto-reforço ou Auto-retribuição das consequências (Gonçalves, 1998).

Segundo este modelo a vítima procederá á sua observação sistemática dos seus comportamentos, pensamentos e emoções. Passaria á fase de comparação dos dados por si observados, com aquilo que considera ser o ideal, por fim reage à avaliação, reforçando ou punindo determinados atos (Gonçalves, 1998).

As estratégias de auto-observação implicam o auto-registo e auto-avaliação das vítimas e o estabelecimento de objetivos. No auto-registo deverão constar quais são os

estímulos discriminativos (descrição de todos os elementos do contexto que possa explicar o comportamento), as respostas dadas e as consequências das mesmas (Gonçalves, 1998).

O controlo de estímulos, o mais trabalhado foi a alteração discriminativa dos estímulos, pretende-se que a vítima consiga diminuir a quantidade de estímulos associados aos comportamentos a eliminar e aumentar a quantidade de estímulos associados aos comportamentos a eliminar e aumentar os associados aos comportamentos positivos. Pretende-se aumentar os comportamentos favoráveis e adequados e a diminuição da exposição a estímulos perigosos (Gonçalves, 1998).

O modelo de Intervenção em crise assenta em quatro princípios essenciais: a limitação dos objetivos; a focalização do esforço terapêutico; a elevada atividade do terapeuta; uma intervenção imediata e curta no tempo (Matos & Machado, 1999).

Neste caso a crise, não significa perturbação mental ou emocional, é vista como uma ocasião crítica, ou um ponto de viragem, pode apresentar perigos, mas também oportunidades de crescimento e maturação. Caracteriza-se por um período curto e auto-limitador, que resulta na incapacidade do sujeito lidar com os seus problemas sózinho. A crise agrava-se quando a situação é ameaçadora para o *self* da vítima. A gestão desta crise implica um trabalho comunitário (em que se inclui o esforço do indivíduo e dos vários membros da sua rede natural) (Matos & Machado, 1999).

A resolução positiva, ou negativa da crise depende da intervenção dos “profissionais da crise”, a severidade e a duração desta, dependem do grau de ameaça ao *self* do indivíduo, da sua capacidade de *coping* e do tipo de intervenção que as pessoas recebem, após o acontecimento traumático (Matos & Machado, 1999).

Ao adotarmos este modelo, verificamos que as crises devem ser resolvidas construtivamente. Deve-se evitar o ciclo interativo, que consiste em evitar o ciclo interativo, entre stresse, crises e resultados destrutivos, ou seja, evitar as reações negativas em cadeia. A maior parte das crises são despoletadas pela interpretação dos acontecimentos em si, por é importante as capacidades de coping dos indivíduos. A vítima deve perceber que a crise é um momento de oportunidades. Apoiam-se as vítimas, enfatizam-se as suas capacidades, tenta-se entregar a resposta traumática no

contexto histórico, sócio-político, cultural e situacional em que ocorreu a violência (Matos & Machado, 1999).

Hoff (1995, cit. in Matos & Machado, 1999), este modelo envolve o estabelecimento de objetivos de futuro e a formulação de um plano alternativo para a vida das vítimas. O seu objetivo é o *empowerment* das vítimas para responderem a situações mais complexas de forma mais autovalorizada. A própria vítima assume o papel de protagonista no processo de apoio.

### **2.13. Conclusão**

A velhice é um tempo de exposição a acontecimentos de vida, a transições, cada um(a) reunindo em si mesmo(a) riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico, mas também como um tempo de implementação de estratégias de confronto e de resolução dos desafios que o decorrer do curso de vida vai lançando ao potencial adaptativo de cada indivíduo (Fonseca, 2005).

O envelhecimento arrasta consigo perdas no plano biológico, psicológico e social, não podemos deixar de registar os ganhos quando esta etapa é vivida de forma a capitalizar todas as aprendizagens ocorridas em estádios anteriores do desenvolvimento (Fonseca, 2005).

A Doença de Alzheimer (DA) é hoje uma das mais temidas doenças à medida que a idade avança. A dificuldade de memória típica desse quadro torna os seus portadores repetitivos, ansiosos e depressivos. Antigamente era considerada uma característica intrínseca à velhice, hoje é considerada um problema de saúde pública, conquistando gradativamente o espaço nos média e na pesquisa científica.

Diversos profissionais da saúde destacam o papel fundamental que a atividade mental e física têm na luta contra esse mal (Ribeira, Ramos, e Sá (2004).

A demência constitui um problema médico e social em crescimento, mais comum nos idosos, atingindo em Portugal cerca de 92.470 pessoas. Apesar da apresentação clínica da demência ser variável, dependendo da sua etiologia, os critérios de diagnóstico são constantes (Ribeira, Ramos, e Sá (2004).

Os psicólogos deparam-se com uma nova área de intervenção (intervenção psicoterapêutica em idosos), sendo hoje, consensual a importância da integração dos psicólogos nas equipas multidisciplinares, que trabalham nas unidades de geriatria dos hospitais gerais e especializados (Rebelo, 2007).

A (APA, 2004), reconhecendo as circunstâncias especiais que envolvem a prática profissional com este sector populacional, publicou recentemente um documento que define as principais linhas de atuação do psicólogo em idosos: *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults*. De acordo com as diferentes alíneas que compõem o documento, uma delas reconhece especificamente a importância do trabalho psicoterapêutico com adultos seniores, estas intervenções incluem técnicas individuais, de grupo, conjugais e familiares.

O trabalho terapêutico inclui a revisão de vida e trabalho das reminiscências, trabalho de luto, psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada, terapias expressivas para aqueles(as) com maiores dificuldades de comunicação, métodos para a promoção das competências cognitivas e programas psicoeducativos orientados para os idosos, membros das suas famílias e/ou outros cuidadores.

## **CAPÍTULO III: Violência, Maus-tratos e abusos nos idosos**

### **3.1. Introdução**

Os maus-tratos na terceira idade podem ser definidos como ato único ou repetido, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia e que ocorram dentro de um relacionamento de confiança (OMS, 2002).

Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência. Estas variam de insultos e agressões físicas perpetradas por familiares e cuidadores (violência doméstica), maus-tratos em transportes ou instituições públicas e privadas e as decorrentes de políticas socioeconômicas que reforçam as desigualdades presentes na sociedade (violência social) (Pasinato, Camarano, & Machado, 2004).

Abordaram-se os fatores de risco associados à vítima, e ao Agressor e aos maus-tratos nas instituições. Falou-se ainda dos maus-tratos existentes no domicílio, da Averiguação do abuso e da sua detecção e por último dos efeitos da violência no idoso.

### **3.2. Violência nos idosos**

O estatuto social do idoso está fragilizado e os estigmas sobre a velhice ameaçam transformar o idoso num ser descartável. O próprio idoso, por pressão do estigma, sente-se muitas vezes ultrapassado, acha que já teve a sua época e que agora não serve para mais nada (Borrvalho, 2010; Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Existem várias formas de violência a que o idoso dependente está sujeito, são elas, maus tratos e abusos físicos, maus tratos psicológicos, negligência por abandono, negligência medicamentosa ou de cuidados de saúde, abuso sexual, abuso material e financeiro, privação e violação de direitos humanos (Borrvalho, 2010; Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Os maus-tratos contra os idosos são praticados, porque existe desconhecimento em lidar com as situações, a falta de preparação por parte dos cuidadores em lidar com este tipo de população. Quanto maior for o índice de dependência do idoso e a precariedade social, é mais provável ocorrerem situações de maus-tratos (Borrvalho, Lima, & Ferreira-

Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

A negação social do direito à existência é uma das mais graves formas de violência e é perpetrada pelo próprio idoso em relação a si mesmo e pela sociedade.

As diferentes formas de violência alimentam sentimentos de culpa, de solidão, de dependência, de inutilidade, e aumentam o desamparo, a confusão e a dúvida nos julgamentos e juízos sobre o mundo que rodeia o idoso. Tudo isto se traduz numa perda da auto-estima (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Podemos concluir que a violência contra os idosos é um problema de todos nós e não só dos idosos (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Os níveis de dependência e as relações de troca existentes entre os agressores e os idosos são um argumento salientado em várias pesquisas gerontológicas (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

A dependência da pessoa idosa face ao cuidador é uma das razões mais apontadas na explicação do abuso de idosos.

Neste sentido, os maus-tratos emergem como uma espécie de crise criada pelas necessidades de prestação de cuidados aos idosos (Dias, 2005).

Independentemente de o abuso ser praticado no contexto familiar ou institucional os seus efeitos são semelhantes. Os idosos tendem a desenvolver atitudes de culpa, baixa auto-estima, isolamento social e entram mais facilmente em depressão, sofrem perturbações do sono, reforçam as suas dependências e o estigma social (Dias, 2005).

Com base nos dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) apresentamos uma primeira sociografia da vítima (mulher, entre os 65 e 75 anos, reformada, a residir no meio urbano), do agressor (cônjuges, filhos do sexo masculino entre os 35-45 anos), a par da tipologia da violência que é infligida aos idosos (Dias, 2009).

### **3.3. Vítima, enquadramento legal e o impacto da vitimação em idosos**

Vítima é a pessoa que individualmente ou coletivamente sofreu danos, incluindo prejuízos físicos ou mentais, sofrimento emocional, perda económica, ou comportamento substancial dos seus direitos fundamentais, através de atos, ou omissões que violem as leis criminais em vigor nos estados membros, incluindo as que proíbem o abuso de poder (APAV, 2010; United Nations, 2002/2007).

#### **3.3.1.O enquadramento legal dos idosos vítimas de maus-tratos**

Segundo o princípio da dignidade das Nações Unidas (NU) para pessoas idosas, as mesmas devem poder viver com dignidade e segurança e verem-se livres de exploração de maus-tratos físicos e mentais.

Os idosos têm dificuldades e demonstram uma certa resistência em denunciar o crime e o agressor, muitas vezes são preceptados pelos filhos, cônjuge ou companheiro e pelos cuidadores informais.

Por isso existe uma grande dificuldade em se reportar ao abuso. A maior parte dos idosos tem uma ligação afetiva com o agressor. Devido a estas situações de proximidade, os idosos tem mais dificuldades em racionalizar o que está a acontecer, por isso não denunciam a situação.

O código penal Artgº 143º fala de Ofensas á integridade física simples, faz referência aos maus-tratos na pessoa idosa. O Artgº 144º fala de Ofensas á integridade física grave; o Artgº 145º fala de Ofensas á integridade física qualificada e o Artgº 148º ofensas à integridade física por negligência.

#### **3.3.2. Características das vítimas**

Os idosos vivem sozinhos ou com os familiares diretos (filhos e netos). As vítimas idosas encontram-se emocionalmente vulneráveis, devido aos episódios de vitimação continuada, que mediante um ciclo vicioso leva à resignação, á tolerância e á vulnerabilidade em relação ao comportamento violento).

A maior parte dos idosos não pede apoio externo para a resolução dos seus problemas (APAV, 2010).

### **3.3.3. Características dos agressores**

O agressor nos idosos é o cuidador formal, ou seja, a pessoa de família com quem vive (filhos, netos e sobrinhos). A maior parte dos agressores consome drogas e álcool (APAV, 2010).

#### **3.3.3.1. Impacto da vitimação**

Perante uma situação de vitimação, as pessoas não reagem da mesma maneira. De seguida abordaremos três das reações gerais das vítimas a determinadas situações de violência: durante o crime, após este e nos dias seguintes a este. Durante o crime, as vítimas sentem pânico e medo, apresentam também fortes reações físicas e psicológicas (paralisia, histeria e tremores). Apresentam sentimentos de impotência perante a situação vivida. A vítima quando atacada tem a noção de que está a viver um verdadeiro pesadelo, e de que o agressor tem algo, de pessoal, contra si. Sabe que o agressor lhe causa mal, por motivos que desconhece (APAV, 2010).

Após o crime as vítimas não expressam qualquer tipo de emoção (o que é considerado uma reação ao crime) encontram-se sobre um grande stresse emocional. Demora a terem consciência daquilo que lhes aconteceu, ficam bastante desorientados, sem saberem o que fazer, pensar, ou sentir (APAV, 2010).

Por vezes ficam apáticas, recusam-se em acreditar naquilo que lhes aconteceu. Negam o crime de que foram vítimas e seguem as suas vidas, como se não tivesse acontecido nada (APAV, 2010).

Este tipo de reação a longo prazo revela-se bastante debilitante. Em termos muito gerais a maior parte das vítimas entram em choque. Nos dias que se seguem ao crime, as vítimas questionam as suas atitudes perante este, pensam que fizeram coisas erradas, ou pouco eficazes. Culpam-se pelo crime, sofrem e julgam os comportamentos. Apresentam uma ambivalência emocional e mudanças bruscas de humor (APAV, 2010).

O importante é perceber como as vítimas reagem às situações. As consequências podem afetar diversas áreas das suas vidas, tanto psicologicamente, fisicamente e socialmente (APAV, 2010).

A nível psicológico: desenvolvem a ambivalência emocional. Traduzem-se em: solidão, culpa, impotência, injustiça e raiva. Eg: a vítima é constantemente confrontada com *flashbacks* do sucedido, trata-se de memórias e pensamentos intrusivos, que não querem ter, mas que se tornam automáticos e involuntários (APAV, 2010).

Verifica-se a perda de memória, a concentração e a atenção ficam reduzidas, apresentam uma baixa capacidade para tomarem decisões, quando confrontadas com estas, tem dificuldades em dormir e perdem a confiança em si mesmas (APAV, 2010).

### **3.4. Maus-tratos e abuso nos idosos**

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus Tratos contra o idoso (1995) define mau trato como: um ato (único ou repetido) ou omissão que cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança. Tal ato refere-se a abusos físicos, psicológicos, sexuais, abandono, negligências, abusos financeiros e auto-negligência (Borrvalho, 2010; Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Independentemente de o abuso ser praticado no contexto familiar ou institucional os seus efeitos são semelhantes.

Os idosos tendem a desenvolver atitudes de culpa, baixa auto-estima, isolamento social e entram mais facilmente em depressão, sofrem perturbações do sono, reforçam as suas dependências e o estigma social (Dias, 2005).

O abuso de idosos pode assumir igualmente uma dimensão institucional. Trata-se do chamado abuso institucional que pode acontecer nos lares e em centros de apoio e acolhimento de idosos.

Geralmente é praticado por pessoas que são remuneradas para prestarem cuidados e serviços aos idosos como é o caso do pessoal de enfermagem, vigilantes e auxiliares de centros de terceira idade (Steinmetz, 1993).

Em contexto institucional os tipos de maus-tratos mais frequentemente infligidos aos idosos são: a existência de restrições excessivas; a sub ou sobremedicação; a agressão verbal; a exploração financeira; a infantilização; a despersonalização, desumanização e vitimação.

Os maus-tratos às pessoas idosas também são um problema de Direitos Humanos. Tal reconhecimento permite chamar a atenção pública para as questões normativas relacionadas com os maus tratos aos idosos e a sua discriminação perante a sociedade. Deve-se combater os abusos relacionados com estes, principalmente, aqueles que se referem aos direitos económicos e sociais das pessoas de idade; examinar as respostas mais eficazes aos maus tratos e à violência; e deve-se ter em conta que a pobreza pode exacerbar a privação de direitos humanos básicos e limitar opções (Nações Unidas, 2002).

#### **3.4.1. Maus-tratos e Abuso físico**

O uso não accidental da força física para levar os idosos a fazerem o que não desejam, e que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física em incapacidade ou morte. As punições e a sobremedicação são também exemplo de abuso físico (Borrvalho, 2010; Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

#### **3.4.2. Maus-tratos psicológicos**

Agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social. Incutir angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

#### **3.4.3. Abuso financeiro ou material**

Traduz-se na exploração imprópria, ou ilegal dos idosos, ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Também podemos considerar o uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

#### **3.4.4. Mau trato ou Abuso sexual**

Contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa; refere-se ao ato, ou jogo sexual de carácter homo ou hetero relacional, utilizando

peessoas idosas. Visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

#### **3.4.5. Abandono**

A deserção por parte de um indivíduo que tinha a custódia física de uma pessoa idosa, ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados. Ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção (Borrvalho, 2010; Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

#### **3.4.6. Autoabandono ou autonegligência**

Conduta de uma pessoa idosa que ameace a sua própria saúde ou segurança, com recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado.

A definição de autonegligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

#### **3.4.7. Negligência**

Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com uma pessoa idosa (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

A recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis (familiares ou institucionais). Geralmente está associada a outros abusos, que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para os que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Os fatores de risco associados à vítima idosa são, idade avançada; deterioração cognitiva e alterações do comportamento; dependência física e/ou emocional em relação ao cuidador; Isolamento social; Antecedentes de violência; e Género feminino (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Os Fatores de risco associados ao agressor são, a Sobrecarga física e/ou emocional; as Perturbações psicopatológicas; o Abuso de álcool e/ou de outras drogas; o Isolamento social; e a pouca preparação para a prestação de cuidados; muitas vezes o cuidador depende economicamente do idoso e muitas vezes já existe uma Experiência familiar de violência (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Os fatores de risco associados aos maus tratos em instituições são, a existência de pessoal com pouca formação; por vezes a existência de sobrecarga de trabalho para as pessoas; a existência de falta de pessoal; as Instituições mal adaptadas às necessidades dos idosos; a falta de recursos materiais; as normas de funcionamento inadequadas; a desresponsabilização e a falta de controlo por parte da instituição (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Os sinais de alerta referentes a maus tratos em idosos são: lesão/doença e a procura de cuidados médicos; a existência de explicações pouco coerentes em relação à origem das lesões; a existência de lesões em vários estados de cura; existência de várias contradições entre o relato do idoso e do cuidador (quando agressor); a existência de perda de peso sem razão aparente, má nutrição por parte do idoso, a existência de desidratação; a despreocupação com a higiene; ter a sensação de desamparo; a existência de confusão, a existência de desorientação, de medo; verifica-se a existência de agitação; a pessoa tem Baixa auto-estima e Depressão (Borrvalho, 2010; Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

### **3.5. Averiguação do abuso**

Em relação ao funcionamento do atendimento podemos dizer que a ideia básica de um atendimento é que o utente, a vítima, ou o cliente se sinta acolhido, seguro e compreendido, ao longo de todo o contacto com o profissional que vai averiguar a possibilidade de abuso. No que respeita à vítima, em especial, é vital que ela possa ser atendida na maior privacidade, sozinha e que se possa estabelecer e construir uma relação de confiança, calorosa, de empatia e de suporte com a qual se vai discutir e compreender os problemas da pessoa idosa. Pode acontecer que para se atingir tal relação não chegue um encontro, mas sejam necessários vários, até que a vítima sinta a confiança necessária para fazer autorrevelações (Borrvalho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010; Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005; Dias 2005/2009).

Welfel, Danzinger e Santoro (2000) apontam para a importância do atendimento ser feito, não com todos os membros da família juntos mas, antes, em separado, devido à maior probabilidade de haver expressões mais honestas.

A deteção de maus tratos é uma tarefa difícil de fazer, porque, os ferimentos podem estar cobertos por roupas, ou explicados pela frequência com que a pessoa idosa sofre quedas e se fere. O abuso emocional e financeiro não é detetável pela simples observação, ou pelo simples atendimento Welfel, Danzinger e Santoro (2000).

Por isso mesmo, é importante que o atendimento crie condições de empatia com as quais se possa proceder à exploração das condições de existência da pessoa idosa. Por outro lado, a deteção do abuso é difícil igualmente porque muitas vezes nem a vítima nem o abusador querem revelar o problema Welfel, Danzinger e Santoro (2000).

Devido ao facto de o abuso ser muito sub-referenciado e ser relativamente frequente e subtil nas suas formas, é importante considerar a possibilidade de ele estar a ocorrer sempre que se está em presença de pessoas idosas frágeis, ou dependentes da família ou de outros Welfel, Danzinger e Santoro (2000).

Quando estamos perante um processo de avaliação de maus tratos em idosos; deveremos ter uma certa atitude de atendimento, que deve ir mais além do que as necessárias competências interpessoais, esta deve-se focalizar, no conhecimento de recursos sociais, médicos e legais concretos, que podem e devem ser sugeridos, ou

propostos ao utente durante a elaboração do processo ou no momento da finalização Welfel, Danzinger e Santoro (2000).

Nesta mesma linha de argumentação, quase seria desnecessário dizer que as estratégias confrontativas (que são de alguma forma a antítese de uma atitude de atendimento) devem ser evitadas, especialmente se estamos a tratar a vítima, na medida em que reduzem a quantidade e o tipo de informação que pode ser solicitada (Wieland, 2000; Welfel, Danzinger, & Santoro, 2000).

Na elaboração do relatório é importante não só o conteúdo, mas igualmente a forma como se procede à exploração dos factos. Eg: quando se faz a pergunta “Sente-se seguro em casa?” pode provocar com mais probabilidade, um relato honesto, do que se utilizasse outro tipo de pergunta “Sente-se posto em perigo por outra pessoa em sua casa?” (Wieland, 2000).

Esta última forma de questionar não é a mais correta, porque, é acusatória, pode levar a reações de defesa da própria vítima, que impedem um relato aberto e seguro. No que respeita ao cuidador é igualmente importante ter cuidado, ao fazer certas perguntas, pois pretende-se explorar com sensibilidade as suas respostas emocionais às situações ocorridas (Wieland, 2000).

Será melhor perguntar “Cuidar de um pai com doença de Alzheimer deve ser muito difícil. “Alguma vez perdeu o controlo?” do que “ Alguma vez maltratou o seu pai devido ao *stress*?” (Wieland, 2000).

Além da sensibilidade com que a exploração deve ser feita, de modo a garantir segurança e a permitir a livre expressão, deve-se procurar focalizar diferentes áreas (Wieland, 2000).

Reis (2000) propõe uma medida de despiste do abuso com base numa investigação, em que procurou verificar a importância de uma lista de 60 itens como indicadores de abuso.

Desses 60 itens iniciais verificou que 29 tinham importância enquanto indicadores de abuso. Paralelamente constatou que outros itens habitualmente relacionados com o abuso, na realidade não se encontravam associados (Reis, 2000).

Dos indicadores que se mostraram associados observaram-se variáveis relacionadas com o cuidador e variáveis associadas à pessoa idosa (Reis, 2000).

Os estudos de Pillemer (1985) suportam largamente este argumento. Na amostra por si utilizada, 64% dos agressores eram dependentes financeiramente dos idosos maltratados e 55% necessitavam destes em termos de apoio residencial. A questão que se coloca de seguida, é porque, razão o cuidador maltrata a pessoa idosa? No âmbito desta abordagem, a resposta a tal questão é dada recorrendo-se ao conceito de poder tributário da teoria da troca social.

Neste sentido, o abuso de idosos é praticado com base na perceção, por parte dos agressores, de que a pessoa idosa é desprovida de poder (Finkelhor, 1983).

Em suma, no âmbito da *teoria da dependência* podemos identificar duas perspetivas competitivas: uma que enfatiza o *stress* experimentado pela pessoa que cuida do idoso como um fator de risco para este; outra que salienta a *dependência* continuada do agressor em relação ao idoso. É inegável que a dependência desempenha um papel importante na prática de maus tratos aos idosos, todavia nem sempre é claro quem é dependente de quem (Finkelhor, 1983; Dias, 2004).

Com vista a uma maior clarificação deste argumento teórico, a pesquisa deve tentar compreender que tipo de assistência necessita a pessoa idosa; em que medida o cuidador sente a prestação de cuidados como uma espécie de “fardo”, conduzindo à vivência de uma situação de tensão física e emocional e, por último, se existe algum tipo de dependência do cuidador em relação ao idoso(a) e de que tipo? (Dias, 2004).

Por último, existem duas perspetivas distintas, que são alternativa às anteriormente apresentadas. Uma que afirma que o *stress* experimentado pelos indivíduos no exterior, produzido por variáveis estruturais como o desemprego e as condições económicas, eg: pode conduzir alguns membros da família a serem violentos com os idosos (Dias, 2004).

Porém, este modelo não consegue explicar, porque razão, algumas pessoas sobre *stress* são violentas com os idosos e outras não (Dias, 2004).

A realidade dos maus-tratos em contexto familiar e institucional tem conduzido alguns países a implementarem políticas sociais com vista à proteção do cidadão sénior. Entre estas políticas contam-se as seguintes: incremento de medidas legislativas de proteção dos idosos vítimas de abusos; serviços de informação; campanhas de aconselhamento dos idosos sobre a necessidade de planificarem a doença e a reforma; programas integrados de prevenção primária (atuar na origem), secundária (identificar situações e fatores de risco) e terciária (minimizar os seus efeitos) da violência contra os idosos; programas de apoio aos idosos e aos cuidadores; identificação das instituições e valências que intervêm neste domínio; criação de um sistema de gestão integrada da informação relativa aos maus tratos; criação de uma estrutura integrada de resposta à situação de mau trato de idosos (e.g.: alojamento temporário, prestação de cuidados), formação de competências técnicas e comunicacionais entre os profissionais que intervêm nesta área (Dias, 2004).

### **3.6. Efeitos da violência no idoso**

A violência não-ocasional é consensual, existe uma comunicação subliminar, que se transforma em ciclo vicioso que prolonga e aprofunda aquela interação desigual entre o perpetrador e a vítima (Dias, 2004; Dias, 2009).

O que geralmente o abusador transmite á vítima: isto acontece por tua culpa; ninguém cuida de ti/gosta de ti como eu; isto é para o teu próprio bem; não sabes o que queres, e do que precisas; eu é que te conheço bem (Dias, 2004; Dias, 2009).

Possíveis interpretações da vítima: sou má/mau e devo ser culpado/punido por isso; sem esta pessoa estarei só para sempre; as outras pessoas sabem sempre melhor do que eu o que é bom para mim; não tenho sobre o que as pessoas me fazem; estou só e ninguém quer saber de mim (Dias, 2004; Dias, 2009).

Possíveis efeitos na vítima: autculpa, confusão, desamparo; dependência, receio, sair e conviver; dúvida no julgamento e juízos; revitimização e pouca noção dos limites, silêncio (Dias, 2004; Dias, 2009).

### **3.7. Conclusão**

Poderemos considerar que os maus-tratos a idosos são um problema de saúde pública e que irá aumentar nas próximas décadas. Será necessário que a sociedade portuguesa se prepare, para poder responder a este novo problema social, que está relacionado com todos os extratos sociais (Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

A preparação deve ser feita, tendo em conta, a criação de instituições, onde estes possam ser acolhidos e retirados do ambiente de violência, em que estão inseridos. Devem-se criar mais instituições onde estes possam denunciar os maus-tratos, conhecer os seus direitos, e onde possam ter apoio médico, psicológico e social (Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

Devem ser criadas leis que os protejam e que punam os agressores. Devem-se fazer programas de prevenção sobre maus tratos em idosos, (para informar os idosos sobre os vários tipos de maus-tratos existentes, como os evitar e como os denunciar). Incentivar as pessoas idosas a não terem medo, a aprender a lidar com certas situações e a não estarem sozinhos (Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

Por outro lado, é fundamental treinar e educar os diferentes técnicos de saúde e cuidadores para lidar com este tipo de população, através de cursos de formação profissional, este tipo de formações deve ser feita em várias instituições e a cuidadores.

Os cuidadores, os técnicos de saúde e os familiares devem ter um acompanhamento psicológico, e terem um grupo onde possam partilhar experiências e ter apoio (Ferreira-Alves, 2004/2005; Ferreira-Alves & Sousa, 2005).

Conclui-se, portanto, que a sociedade como um todo, deve inserir o idoso na comunidade, oferecendo-lhe todos os seus direitos, respeitando as suas particularidades e tratando-o com dignidade. É importante possibilitar que os indivíduos envelheçam com autonomia e independência, com permanência ativa na perspetiva de qualidade de vida (Elsner, Pavan, e Guedes (2007)).

## **PARTE II**

# **Contribuição Empírica**

---

## **IV CAPÍTULO: Método**

### **4.1. Introdução**

Por tudo o que foi exposto nos capítulos precedentes e correspondendo à introdução teórica, a problemática do envelhecimento é um assunto de preocupação dos políticos e cientistas, que acordaram para o *Grey Power* quando este começou a impor-se nos diversos contextos.

O objetivo da presente investigação é estudar os vários tipos de maus-tratos exercidos em idosas não institucionalizadas. Quais os tipos de maus-tratos existentes (físicos, psicológicos e emocionais e sexuais). Quem exerce este tipo de maus tratos (familiares ou cuidadores informais). Quem são os familiares que o fazem (filhos, genros, netos e sobrinhos).

Pretende-se estudar o impacto dos maus-tratos exercidos em idosos e abordar a intervenção psicológica feita nestes idosos. Propomo-nos ainda a executar um programa de prevenção de maus-tratos e a elaborar uma proposta de atendimento a idosos, vítimas de violência.

### **4.2. Justificação do estudo**

O processo de envelhecimento e a velhice constituem uma experiência e uma fase que deve ser considerada parte integrante do ciclo da vida (Oliveira, 2005; Paúl & Fonseca, 2005).

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

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (APAV, 2010) tem assinalado nos seus relatórios um aumento do número de queixas, no que diz respeito à violência contra pessoas idosas. Por exemplo, em 2006 185 pessoas com 65 anos ou mais contactaram esta instituição, enquanto em 2007 este número subiu para 537. Esta ocorrência poderá dever-se tanto ao aumento da criminalidade, como ao aumento do

número de queixas, talvez possibilitado pelo incremento da evidência do problema do abuso à pessoa idosa.

### **4.3. Objetivo**

O objetivo da presente investigação é estudar os vários tipos de maus-tratos exercidos em idosos a viver no domicílio. Quais os tipos de maus-tratos existentes (físicos, psicológicos e emocionais e sexuais). Quem são os agressores que exercem este tipo de maus tratos (familiares ou cuidadores informais). Quem são os familiares que o fazem (filhos, genros, netos e sobrinhos) e se estes tem a noção que são vítimas de maus-tratos.

Pretende-se estudar o impacto dos maus-tratos exercidos em idosos e abordar a intervenção psicológica feita nestes idosos. Propomo-nos ainda a executar um programa de prevenção de maus-tratos.

### **4.4. Método**

A metodologia é qualitativa, é designada por naturalista. O método utilizado foi estudo de caso e a recolha de dados foi a entrevista (entrevista estruturada) e fez-se a descodificação desta através da análise de conteúdo, que foi organizada em várias categorias (o dia à dia; medo/insegurança; maus-tratos físicos; suporte social/sociedade; suporte familiar/família; maus-tratos emocionais; idade; violência financeira; esperança e fé; saúde; resignação; situação económica/financeira; local onde vive; ocupação dos tempos livres/lazer; e identificação do agressor).

#### **4.4.1. Método qualitativo**

Esta investigação é qualitativa. A investigação qualitativa tem por objetivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que surgem naturalmente (Ribeiro, 2010; Birdin, 2004).

Os dados dos métodos qualitativos provêm do trabalho de campo, em que o investigador é o observador e é o participante (Ribeiro, 2010).

Segundo (Almeida & Freire, 2007) o método qualitativo tem por base três princípios, que justificam esta postura interpretativa dos comportamentos e dos

fenómenos sociais: são eles, a primazia da experiência subjetiva como fonte do conhecimento; o estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro e o interesse em se conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social, que também acaba por construir interactivamente.

Também é designada por naturalista, porque, o investigador está inserido no local onde se verificam os fenómenos, tenta compreendê-los, incide nos comportamentos naturais das pessoas (conversas e visitas).

A técnica de recolha de dados nesta investigação foi feita através da entrevista. A entrevista representa o contacto inicial entre o psicólogo e o indivíduo. Consiste num método de recolha de informação através de uma conversa, ou de questões colocadas diretamente.

A entrevista é um método de recolha de dados, que pode ser feita em grupo, ou individual, poderá ser estruturada, ou não (Ribeiro, 2010).

A entrevista estruturada é constituída por um conjunto de questões abertas, estandardizadas e colocadas numa ordem invariável a todos os participantes (Ribeiro, 2010).

Nestas entrevistas são definidos os quadros de referência e a linguagem mais apropriada à análise do problema, como também a ordem da progressão mais correta para estudar o assunto (Ribeiro, 2010).

Estas entrevistas são determinadas com clareza e as dimensões estudadas são as atitudes e a percepção). Conheçamos o nível de informação que a pessoa inquirida tem sobre o assunto. As vantagens desta entrevista facilitar a análise posterior de dados e tornar mais fácil uma réplica do estudo (Ribeiro, 2010).

Nesta investigação registaram-se os dados em registo áudio e também se procedeu á recolha de certas notas por escrito (Ribeiro, 2010).

De seguida passou-se á análise da entrevista, ou seja, fizemos a sua descodificação através da Análise de Conteúdo, e foi organizada em subcategorias (o dia à dia, Medo/insegurança, Maus-tratos físicos, família, Maus-tratos emocionais, Razões dos maus-

tratos, Sociedade, Esperança e fé; Suporte familiar, Resignação, Situação Económica/Financeira; Ocupações/Lazer e identificação do Agressor).

Nesta investigação, o método utilizado foi o estudo de caso. Os estudos de caso são meramente descritivos e visam a observação de fenómenos raros, mas ricos do ponto de vista da informação que possa vir a ser retirada deles, o que permitirá confirmar ou contrapor determinadas teorias (Almeida & Freire, 2007; Ribeiro, 2010).

O estudo de caso procura reunir o maior número possível de informações detalhadas, tendo como objetivo a apreensão da globalidade de uma situação (Almeida & Freire, 2007).

#### **4.4.2. Instrumentos utilizados**

##### **4.4.2.1. Questionário sócio-demográfico**

Este questionário (cf. anexo A) foi preenchido pela mulher e inclui itens como: o género, a idade, o estado civil, o NSE, a escolaridade, a profissão), institucionalização, tipo de habitação, com quem vive atualmente, e a área de residência.

##### **4.4.2.2. Entrevista**

Utilizaram-se dois tipos de entrevista: Question to Elicit Elder Abuse (QEEA), Carney, Kahan e Paris (2003), O QEEA (Carney, Kahan, & Paris, 2003) foi traduzido para a população portuguesa por Ferreira-Alves e Sousa (2005) num estudo sobre indicadores de maus tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência numa população idosa da cidade de Braga.

Os autores deste instrumento propuseram um conjunto de 15 questões, que nos refletem indicadores prováveis de abuso em idosos e foi traduzido para a versão portuguesa por Ferreira-Alves e Sousa (2005).

Na versão utilizada por Ferreira-Alves e Sousa (2005) as questões são de resposta fechada, com exceção de uma questão acerca das atitudes do agregado familiar para com o idoso em situação de desacordo e abarcam 4 tipos de abuso considerados pelos autores: abuso físico (4 questões); abuso emocional (5 questões); negligência (4 questões); abuso financeiro (2 questões). Nesta investigação, utilizou-se este guião de

entrevista baseada no questionário: *Questions to Elicit Elder Abuse* (QEEA) que foi adaptada e traduzida de novo para português por Bastos & Martins (2011) e foi utilizada no âmbito desta investigação (cf. Anexo B).

As perguntas são de resposta aberta, e abarcam 4 tipos de abuso considerados pelos autores: abuso físico (4 questões); abuso emocional (5 questões); negligência (4 questões); abuso financeiro (2 questões). Esta entrevista será analisada qualitativamente, e é agrupada em várias subcategorias.

#### **4.4.2.3. Mini Mental State Examination (MMSE) Apreciação do Estado cognitivo de (Folstein, Folstein, & Marshall, 1975) e traduzido por Guerreiro (1993).**

O Mini Mental Teste (MMT) (cf. Anexo C) é um teste de rastreio breve, avalia superficialmente várias dimensões (a orientação temporal, espacial, registo, atenção, cálculo, retenção, linguagem e das funções cognitivas, memória imediata, concentração, nomeação, memória imediata, construção e escrita de frases, compreensão de ordens, articulação e a capacidade visuo-constructora, de modo a avaliar o nível de consciência (Spar & La Rue, 2005; Trzepacz & Baker, 2001).

O MMS é constituído por várias questões e divide-se em duas partes: a 1ª parte é constituída por respostas verbais, que correspondem á orientação, á memória e á atenção.

A 2ª parte é constituída por nomeação de objetos (verbal/escrita), escrita espontânea e pela cópia de uma figura geométrica complexa, do tipo Bender/Gestalt (Spar & La Rue, 2005).

A orientação reflete as capacidades dos pacientes saberem quem são, onde estão, qual é a data e a hora, e quais são as suas atuais circunstâncias. Os pacientes que têm défices em três esferas sofrem de transtornos cognitivos.

A Orientação para o lugar inclui que o paciente saiba o nome do lugar onde está atualmente e o nome da cidade. A orientação para a pessoa inclui que o paciente saiba o seu próprio nome e o das pessoas onde reside. A memória remota caracteriza-se pela recordação de eventos que ocorreram á muito tempo (eg: pergunta-se ao paciente, onde nasceu, que escola frequentou). A memória recente ou memória a curto prazo é avaliada

pela capacidade de o paciente relatar o que lhe foi dito cinco minutos antes (Hales & Yudofsky, 2006).

São necessários 5 a 10 minutos para se realizar o MMS, todavia o tempo não é contabilizado. A cotação total varia entre 0 e 30 pontos; a 1ª parte varia entre 0 e 21 (orientação; cálculo e evocação). A 2ª parte varia entre 0 e 9 pontos (linguagem e habilidade construtiva).

Considera-se com defeito cognitivo: Analfabetos  $\leq 15$  pontos; de 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$  e com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$ . A pontuação máxima é de 30, o limiar da demência está fixado entre 23 e 24. A demência é considerada ligeira, quando a pontuação se encontra entre 20 e 23; Moderada.

#### **4.4.2.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos BSI (cf. Anexo D) foi desenvolvido por Derogatis e Spencer (1982) e é uma versão abreviada do SCL-90-R (Derogatis, 1977), traduzido e adaptado à população portuguesa por Canavarro em 1995. Tem como objetivo avaliar os sintomas psicopatológicos em termos de 9 dimensões de sintomatologia e de 3 índices globais, os quais constituem avaliações sumárias da perturbação emocional e representam aspetos diferentes da psicopatologia. O instrumento possui boas características psicométricas (Canavarro, 1999 a, b).

Este inventário de auto-resposta é constituído por 53 itens, nos quais o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, que vai desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). A amplitude do inventário varia entre um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 196 pontos. Parte-se do pressuposto de que, quanto maior for a pontuação obtida, maior a sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999 a, b).

O BSI possui 9 dimensões, com as respetivas amplitudes máximas: *Somatização* (amplitude máxima: 28); *Obsessões-Compulsões* (amplitude máxima: 24); *Sensibilidade Interpessoal*, (amplitude máxima: 16); *Depressão* (amplitude máxima: 24); *Ansiedade* (amplitude máxima: 24); *Hostilidade*, (amplitude máxima: 20); *Ansiedade Fóbica* (amplitude máxima: 20); *Ideação Paranóide*, (amplitude máxima: 20); *Psicoticismo*, (amplitude máxima: 20).

Em termos psicométricos, os estudos realizados com a versão portuguesa do inventário revelaram que o mesmo apresenta níveis adequados de consistência interna para as 9 escalas, com valores de *Alpha de Cronbach* entre .62 (*Psicoticismo*); .80 (*Somatização*) e os coeficientes teste-reteste entre .63 (*Ideação paranóide*); .81 (*Depressão*) (Canavarro, 1999 a, b).

Segundo os estudos realizados por Canavarro (1999 a, b), a validade do instrumento é adequada, segundo os resultados obtidos nas “correlações de Spearman entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e das três notas globais, sendo todas as correlações encontradas significativas para  $p < .001$ ” (p. 24).

A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Se apresenta valores menores que 17 significa que não apresenta Ansiedade; entre 18 a 24 significa que tem Ansiedade ligeira e de 25 a 30 significa que tem Ansiedade Moderada a grave.

#### **4.4.3. Procedimento**

Pediu-se autorização à Direção da Instituição “Lar do Centro Paroquial” na Zona Centro para se passar os questionários referentes ao estudo que estávamos a realizar. Esse pedido foi feito por Carta à Direção da Instituição, donde constam os instrumentos a utilizar e o objetivo geral da investigação (cf. Anexo E).

Pediu-se autorização ao familiar responsável pela idosa, foi feita uma carta ao representante Legal onde consta os instrumentos a utilizar, o objetivo geral da investigação e de um anexo, onde consta uma autorização (em que o responsável responde se autoriza a idosa a participar na investigação, ou não) (cf. Anexo F) e a Declaração de Consentimento informado (cf. Anexo G).

Quanto ao Consentimento informado" significa que a pessoa tem capacidade de consentir, foi informada apropriadamente quanto à natureza da relação profissional, expressou o consentimento livremente e este foi devidamente documentado”. O respeito pelos outros, os Psicólogos mostram respeito pela integridade pessoal dos indivíduos com quem trabalham e tomam cuidado para proteger os direitos individuais à privacidade, confidencialidade, autodeterminação e autonomia. Não tiram vantagens da relação profissional para obter ganhos injustificados ou irrazoáveis.

O consentimento escrito do cliente ou participantes em investigação é obrigatório quando se trate de gravação áudio, vídeo, fotografia ou filme. Para visualização, difusão ou outra utilização deste material, é necessário consentimento adicional, em que seja evidente aonde, quando, quem e em que forma o material vai ser utilizado. Informação acerca de quanto tempo o material será guardado deve ser incluída. Se os clientes ou participantes em investigação retirem o seu consentimento o material será imediatamente destruído.

A participação das idosas nesta investigação foi voluntária, decorreu no mês de Outubro, no dia 9 e a outra decorreu no dia 5 de Novembro. A primeira decorreu no domicílio da idosa e 2ª entrevista decorreu na instituição. Estas entrevistas demoraram duas horas cada (visto serem pessoas idosas), mediante a presença do investigador, que ajudou na realização da entrevista, também se procedeu á gravação áudio das mesmas.

Também se procedeu á passagem do Mini-exame do estado mental (MEEM) às duas idosas, para sabermos se existiam défices cognitivos.

Um dos princípios presentes nesta investigação é a *Participação voluntária* das idosas. A participação do cliente em atividades de avaliação e investigação é voluntária, com exceção das situações em que a sua autodeterminação possa ser limitada em razão das competências cognitivas, estado de saúde mental ou imposições legais. Porém, o respeito devido ao cliente será sempre o mesmo.

As entrevistas ocorreram entre 13 de Fevereiro e 13 de Março, a técnica de entrevista foi elaborada e adaptada pelos autores.

As entrevistas foram marcadas e realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Estas ocorreram individualmente, numa sala disponibilizada no centro de dia e outra em casa, o que possibilitou oferecer um ambiente tranquilo e sem interferências externas.

Tendo como base o questionário traduzido por José Ferreira Alves e Mónica Sousa (2005) Question to Elicit Elder Abuse (QEEA), Carney, Kahan e Paris (2003), O QEEA (Carney, Kahan & Paris, 2003) foi traduzido para a população portuguesa para o estudo sobre indicadores de maus tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência numa população idosa da cidade de Braga.

A Entrevista é de resposta aberta e abarcam 4 tipos de abuso: abuso físico (4 questões); abuso emocional (5 questões); negligência (4 questões); abuso financeiro (2 questões).

Passou-se previamente a duas idosas que não fazem parte do estudo, para podermos fazer o pré-teste, para procedemos ao aperfeiçoamento da mesma, e teve em conta as sugestões que foram analisadas durante a passagem do mesmo.

## **V CAPÍTULO: DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES ÀS ENTREVISTAS SOBRE OS MAUS-TRATOS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO**

Neste capítulo vamos proceder á descrição dos resultados referentes aos dois estudos de caso em idosas maltratadas no domicílio, vítimas de violência (psicológica, física e financeira).

Quais os tipos de agressão a que estiveram sujeitas, quem são os agressores que exercem este tipo de violência. Pretende-se analisar as histórias de vida destas idosas que foram vítimas de maus-tratos por cuidadores formais.

### **5.1. Dados de Identificação**

A C1 Maria<sup>1</sup> com 74 anos de idade a viver na zona Centro do País.

A C2 Rita<sup>2</sup> com 72 anos de idade e também a viver na Zona Centro do País.

### **5.2. Características sócio-demográficas**

A C1 (Maria<sup>3</sup>) com 74 anos, vive numa zona rural, em seu domicílio (não institucionalizada), com um sobrinho que gosta, mas é visitada por outro que gosta de a maltratar fisicamente e psicologicamente, também lhe gosta de roubar dinheiro, ela agora esconde-o, para este sobrinho não lho tirar, nunca denunciou o sobrinho, mas a vizinhança conhece o caso, mas também nunca o denunciaram.

Os vizinhos ajudam-na, o sobrinho que vive com ela, o sobrinho que ela não gosta é alcoólico.

A C2 (Rita<sup>4</sup>) com 72 anos, vive também numa zona rural, á noite vive em casa da filha, durante o dia, está no centro de dia, que pertence ao Lar Paroquial.

Esta idosa foi vítima de vários tipos de maus tratos preptados pelos filhos, a filha e o genro fechavam-na num anexo, tiravam-lhe o dinheiro da reforma. Os filhos querem obrigá-la a fazer as partilhas.

Esta idosa denunciou o caso ao padre, que juntamente com a assistente social do lar, tiraram-na do contacto com os familiares durante o dia e colocaram-na no centro de dia, só dorme á noite na filha.

---

<sup>1</sup> Nomefictício

<sup>2</sup> Nomefictício

<sup>3</sup> Nomefictício

<sup>4</sup> Nomefictício

### 5.3. Informação recolhida através da entrevista

#### 5.3.1. Entrevista C1 (cf. anexo H)

A entrevista começa por esta pergunta: como vão as coisas lá por casa e de seguida passam-se às 15 perguntas.

#### **Como vão as coisas lá por casa.**

As coisas não vão lá muito bem como o Sr. Dr. sabe, as coisas não têm corrido muito bem, o meu sobrinho anda sempre por aqui, é um “*canalha*”, isto para mim é um desgosto.

#### **Perguntas sobre o Abuso Físico :**

**Tem medo de alguém de cá de casa (ou de outras pessoas):** Não tenho ninguém, a não ser o meu sobrinho, que vive comigo, .....tenho medo do outro, o sobrinho que me vem visitar, e que me ameaça, e me pede dinheiro, se não lhe dou dinheiro, ele dá-me uma estalada, e agarra-me o pescoço, sabe Sr. Dr.,..... não digo mais nada.

**Têm-lhe batido, ou dão-lhe pontapés, ou estaladas, ou muros (ou é vítima de outra forma de agressão):** Ultimamente não me tem agredido, mas enfim, qualquer dia aparece por aqui. Mas quando aparece agride-me.

**Alguma vez foi amarrado(a), ou fechado(a) no quarto:** Nunca fui amarrada, mas já fui empurrada e de vez em quando, estou a dormir a cesta e o meu 2º sobrinho, o malandro, acorda-me e eu fico assustada, na minha idade sabe como é, fica-se cheia de medo, somos velhos é um problema.

**Alguma vez foi tocado(a) sem a sua permissão:** Sim, já fui .....empurrada e maltratada com alguma violência, tendo caído ao chão e ficado com o braço pisado, e ainda me apertou o pescoço com força. Ameaça-me, vem a cheirar a vinho, sabe aos “copitos”, e depois está claro, dá-lhe para fazer estas coisas.

#### **Perguntas sobre o Abuso Emocional:**

**Sente-se sempre sozinho(a):** Olhe, às vezes sinto-me sozinho(a), mas é mais quando o meu sobrinho (que vive comigo) não está, porque trabalha durante o dia, mas agora

comecei a estar mais a janela, para conseguir falar com mais pessoas que vão passando, conversamos e o tempo passa e assim sinto-me mais segura.

**Já alguma vez foi ameaçado(a) e o(a) castigavam e o(a) tentaram colocar num lar:**

Só às vezes o meu sobrinho malvado é que me ameaça, que se não lhe der o dinheiro, diz-me “que irei viver sozinha, porque ninguém me quer aturar, respondo-lhe que “ninguém me coloca de minha casa para fora”. Sabe, tive de me fazer forte, senão o meu sobrinho, abusava. Mas se não fosse o meu outro sobrinho, já estaria morta. Ele é perigoso mas enfim, estou aqui, Deus é grande.

**Os seus familiares não lhe ligam nenhuma:** Como lhe hei-de dizer, tenho familiares que estão cá e outros que estão para fora, tenho um irmão e uma irmã que estão em França e uma irmã que vive perto de mim, que é a mãe destes dois sobrinhos, do que vive comigo e do malvado que me rouba e agride.

Mas vem cá poucas vezes a casa, nem eu vou muitas vezes a casa dele. Mas pelo que vejo, não sou só eu que vivo sozinha, mas como o meu sobrinho vem cá dormir, já me faz companhia e não lhe posso pedir mais, e com esta idade o que nós esperamos é que o Sr. Dr., já sabe (a hora de partir). Isto é como....Salvé Rainha, vamos vivendo,.....“gemendo e chorando”.

**Alguma vez tentou resistir:** Nunca resisti, porque não tenho físico para ele (o sobrinho malvado), sendo ele um rapaz novo, às vezes, ameaça-me quando estou a lavar a louça e puxa-me a fita do avental e faz-me isto e aquilo, mas como é que me vou “virar” a ele, olhe sabe como é.....aparece aqui e não digo mais nada, nem sei como reagir.

**O que acontece quando a pessoa que o(a) trata está em desacordo consigo:** O meu sobrinho que vive comigo! Sim. Com esse não há problemas, nós entendemo-nos bem, vai para o seu trabalho, mas damo-nos bem, o problema é o irmão, está a ver. Ele não vem cá para casa, quando sabe que o irmão está por cá. Ele procura vir quando irmão não está cá.

**Perguntas sobre negligência:**

**Tem falta de aparelho para falar, ouvir e de dentadura postiça:** Eu ouço um bocadinho mal, sabe não é como quando era nova, mas tenho uma dentadura postiça (da parte de cima e da parte de baixo)...Vou andando conforme posso, por vezes vou

colocando a televisão mais alta, mas também vejo pouca televisão, apetece-me mais rezar, porque na televisão, só dá palhaçadas.....

**Foi abandonado(a) por longos períodos de tempo:** O meu sobrinho está a trabalhar e às vezes vai almoçar à mãe, outras vezes almoça cá, quando posso cozinhar.... Ele não me abandona á noite, vem cá para casa. Isto é, eu gostaria de estar sempre acompanhada, mas não é possível. Vamos andando, sabe Deus como, mas a vida é assim. Não leve a mal, estou a dizer a verdade, que vamos fazer. Existem pessoas com filhos, que ainda estão piores do que eu.

**Quando necessita de assistência, quem lha dá:** È o meu sobrinho que vive comigo, faz-me uns recaditos, como ir à farmácia, sabe, ando na fisioterapia, tenho um problema na perna, os bombeiros vêm-me cá buscar, para eu fazer os tratamentos.

De vez em quando, vou às compras com o meu sobrinho, ele leva o meu carrito e lá vamos nós, sabe como é, ele vai-me dando assistência e quando peço aos vizinhos, para me fazerem alguma coisa, que seja preciso, como ir à mercearia, ou outros assuntos, tenho sempre, quem me faça um favor.

**Como é que obtém auxílio:** Como já lhe disse o meu sobrinho é que me presta assistência, mais os vizinhos e as pessoas que passam por aqui, e às vezes ligo para a “Maria do Beco”, ou quando passam por cá, algumas pessoas conhecidas, sabe temos de ser uns para os outros.

#### **Abuso financeiro:**

**A pessoa que toma conta de si, depende do seu dinheiro, vive à sua custa:** O meu sobrinho, trabalha, tem o seu dinheirito e às vezes ele vai comigo a alguns lados, e dou-lhe algum dinheiro para comprar algumas coisa, sabe nós damo-nos muito bem, ele gosta muito de comer cá.

Faz-me companhia e não me exige nada e de vez em quando, pergunto-lhe se ele precisa de alguma coisa, mas ele responde-me, quase sempre, que não precisa de nada. Às vezes gasta-se mais num mês, do que no outro, compreende, de vez em quando, aparecem contratempos. Há dias de tudo.

**Sente que ou acha que está a ser roubado(a):** Eu sinto-me, como lhe hei-de dizer, mas quem me assalta é o meu sobrinho malvado, o tal que aparece aqui em casa, tenho de ter sempre comigo um dinheirito escondido.

Sabe, até lhe vou contar um segredo, o meu sobrinho que vive comigo, esconde o seu dinheirito nos sapatos, no quarto dele e coloca as meias por cima para ele não descobrir. Este sobrinho é que me rouba, mais ninguém me rouba nada.

Dá na televisão, que andam a enganar as pessoas, todos engravatados, o meu sobrinho está-me sempre a dizer para não abrir o portão “portaria antiga” e para ir espreitar à janela. Diz-me ainda, para lhe ligar, ou ligar para a Maria do Beco, vou-me resguardando, nunca fui assaltada, por ninguém de fora.

### 5.3.2. Entrevista C2 (cf. Anexo I)

**Como vão as coisas lá por casa.**

As coisas agora, vão melhor, porque estou no centro de dia, e lá sinto-me muito bem, mas passo a noite em casa da minha filha, essa é a parte que menos gosto.

**Perguntas sobre Abuso físico:**

**Tem medo de alguém cá de casa (ou de outras pessoas):** Agora já não tenho medo, sabe porquê, porque estou todos os dias no centro de dia e elas “auxiliares”, perguntam-me se está tudo a correr bem, elas sabem o que se passou, mais a Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>., mas elas não dizem nada a ninguém, sabe para não haver mais barulhos, porque não consegui falar com o Sr. Padre, aquilo era um inferno.

Ele ajudou-me muito, é um Santo, que Deus o tenha, a sua alma em eterno descanso.

**Têm-lhe batido, ou dão-lhe pontapés, ou estaladas, ou muros (ou é vítima de outra forma de agressão):** Agora já não me ameaçam, nem gritam comigo, mas antigamente, até me chegaram a fechar nos anexos, gritavam comigo e ameaçavam-me, mas como o Sr. Padre sabia e a Sr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>., do Centro de Dia, eles agora já não me chateiam, porque

tem medo que as pessoas saibam aquilo que eles me fizeram. Agora já tenho mais conforto lá em casa, dantes não tinha.

**Alguma vez foi amarrado(a), ou fechado(a) no quarto:** Como falamos uma ou duas vezes, não me lembro bem do sítio onde me fecharam, se foi onde tem as enxadas, a máquina da relva e as ferramentas se foi noutra sítio.

Sabe isto tudo, por causa de um bocado de terra, e nós vamos todos para o mesmo sítio. É uma tristeza muito grande, por causa das partilhas, ter de passar por isto tudo, mais-valia, não ter nada e assim não havia guerras, não é só em minha casa, aqui no lugar, existem mais casos como o meu, isto tudo, por causa das partilhas.

Compreende isto é muito triste chegar a esta situação. Já tenho uma idade para passar por isto, não merecia tamanha sorte.

**Alguma vez foi tocado(a) sem a sua permissão:** Sabe colocavam-se à minha frente e falavam muito alto, para eu ter medo e as suas caras metiam-me medo. Sabe, se Deus me levasse, era melhor, estou cheia de passar por vergonhas, “gato escaldado de água fria tem medo”, e não diga a ninguém, porque a minha filha e o meu genro são capazes de tudo.

### **Perguntas sobre Abuso emocional:**

**Sente-se sempre sozinho(a):** Agora não me sinto tanto sozinha, mesmo quando estou em casa, porque a minha filha já tem outros ”modos”, para mim até agora era um caso, mas agora é diferente. (começou a chorar).

**Já alguma vez foi ameaçado(a) e o(a) castigavam e o(a) tentaram colocar num lar:** (fez uma breve pausa e começou a chorar)..... Vim para o Centro de Dia como já lhe disse, foi o Padre da Freguesia, e ele até disse numa missa que havia aqui uma pessoa na Freguesia que era maltratada. E eu vim para aqui por causa do Padre, e agora estou contente por estar aqui, sabe, como é, a minha filha sabe que o Padre disse tudo na missa, só que não disse, quem era.

O Padre foi o meu “anjo da guarda”, sabe, tenho umas amigas, somos vinte e tais e estamos sempre a conversar e passamos o tempo.

**Os seus familiares não lhe ligam nenhuma:** Agora eles sabem que estou no Centro de Dia, todos os dias e eles entendem e pensam que quando venho para o Centro de Dia, que posso contar tudo à Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, ela é muito minha amiga, e pergunta-me se tem corrido tudo bem, eu digo que sim. Mas também agora eles têm medo que eu conte alguma coisa, e á noite quando a minha filha está a lavar a loiça e a tratar da sua vida, já não me chateia, porque eles sabem que a Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, sabe e têm que me respeitar, porque senão eu conto tudo, porque são ordens da Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>.

**Alguma vez tentou resistir:** Como é que eu podia virar-me para eles, se estou numa cadeira de rodas, sabe criei-os com muitos sacrifícios e agora recebo estas coisas e não me dão o conforto que eu merecia. Sabe antigamente não havia tanta fartura, hoje há. Para criar os filhos fazia-mos muitos sacrifícios “tirava-mos á boca”, para lhes dar. E criamos os filhos para isto? Ninguém está livre de tamanha desgraça.

**O que acontece quando a pessoa que o (a) trata está em desacordo consigo:** Eu evito falar, sabe como é, ouço um bocado mal e eles não falam de algumas coisas à minha frente, para eu não ouvir, e mesmo que ouvisse, não quero causar confusões ou barulhos. Muitas vezes abano a cabeça e digo que sim, para não perturbar, é muito mau para mim chegar a esta idade e estar como estou. Sabe estou muito acabada para a idade que tenho, trabalhei muito nas terras.

### **Perguntas sobre Negligência:**

**Tem falta de aparelho para falar, ouvir e de dentadura postiza:** Estou sentada numa cadeira de rodas, como vê, só tenho uma placa, precisava de um aparelho para ouvir melhor, mas é muito caro e agora na minha idade vai-se remediando. Que vamos fazer, a idade não perdoa é a vida, “estamos velhos”.

**Foi abandonado(a) por longos períodos de tempo:** (Não me respondeu de imediato). Deixou-se levar pela emoção, estava muito comovida. Eu não me quero lembrar destes maus momentos, porque passei. Sabe é muito triste passar por estas situações, de saber que não existe respeito pelos mais idosos. Já não tenho aquela alegria de viver, compreende.

**Quando necessita de assistência quem lha dá:** Antigamente não estava tanto na cadeira de rodas, como estou agora, passavam-me para o sofá da sala, mas se eu precisar de mudar de lugar, dão-me uma ajudinha, agora comportam-se melhor, porque tem medo que eu conte aquilo que se passa cá em casa, e vá contar à Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>., e por isso eles colaboram mais. Como estou a falar com o senhor, a Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> disse-me para estar à vontade consigo porque ninguém vai saber da nossa conversa.

**Como é que obtém auxílio:** Às vezes se eles saírem à noite, eu tenho uma prima, que às vezes bem ficar cá a casa ela chama-se “Rosalina”, ela quando está comigo faz um bocadito de renda e vê-mos a televisão, e algumas vezes dorme comigo. Eles andam mas atentos, porque tem medo.

#### **Perguntas sobre Abuso Financeiro:**

**A pessoa que toma conta de si, depende do seu dinheiro, vive à sua custa:** Dou uma parte para o Centro de Dia, mas não é toda, tenho depois de comprar os medicamentos e assim os meus filhos não precisam da minha reforma. Sabe não são muitos rendimentos, mas dá para viver.

**Sente que ou acha que está a ser roubado(a):** (Começou a chorar), disse-lhe para não chorar, tentei mantê-la calma.

Sabe uma coisa, quando era mais nova, trabalhava muito e fiz o que pude e o que não pude para criar os meus filhos e ainda sou mal-agradecida, deram-me maus tratos, eu não merecia isto, mas nunca me tiraram o meu dinheiro.

Isto passa-se em muitas casas, os filhos não respeitam os pais quando somos “velhotes”.

## **5.4. Resultados dos instrumentos de Avaliação**

### **5.4.1. Os resultados do Mini-exame do estado mental (MEEM)**

O MEEM da Rita (4<sup>a</sup> classe) apresenta um total de 20, o que significa que a paciente apresenta défice cognitivo ligeiro (1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$ ). Apresenta défice na atenção e cálculo, na linguagem (escrita) e na habilidade construtiva.

O MEEM da Maria (3ª classe) apresenta um total de 16, o que significa que a paciente apresenta déficit cognitivo (1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$ ). Apresenta déficit na orientação, na atenção e cálculo, na evocação na linguagem (escrita) e na habilidade construtiva.

#### **5.4.2. Os resultados do BSI**

Os resultados do BSI referentes à Rita são: Sensibilidade /Interpessoal (9 = 2,25%) Somatização (18 = 2,57%) Depressão (17 = 2,83%) Hostilidade (13 = 2,6%) Ansiedade (17 = 2,83%) Ansiedade fóbica (11 = 2,20%) Psicoticismo (12 = 2,40%) Ideação paranóide (16 = 3,20%) Poc (15 = 2,50%).

Tem Psicopatologia, porque o valor é  $\geq 1,7\%$ . Os valores mais elevados verificam-se: na Depressão, na Ansiedade, e na Ideação Paranóide.

Os resultados do BSI referentes à Maria são: Sensibilidade /Interpessoal (9 = 2,25%) Somatização (18 = 2,57%) Depressão (13 = 2,17%) Hostilidade (9 = 1,80%) Ansiedade (13 = 2,17%) Ansiedade fóbica (10 = 2,00%) Psicoticismo (10 = 2,00%) Ideação paranóide (13 = 2,60%) Poc (14 = 2,33%).

Tem Psicopatologia, porque o valor é  $\geq 2,25\%$ . Os valores mais elevados verificam-se: na Somatização, na Poc e na Ideação Paranóide.

#### **5.5. Medicação**

A Maria Toma a seguinte medicação: o Bromalex (é um ansiolítico, benzodiazepina), o Baldacci-Glucosamina Glusina 1500 g (tratamento dos sintomas de osteoartrose), o Duspatal Retard 200mg (antiespasmódicos, tratamento da dor abdominal) e o Olfen 100 SR (anti-inflamatório não estroide), o Spasmoplex (incontinência urinária) e o Omeprazol Daquimed 20 mg (protetor da mucosa gástrica).

A Rita toma o Spasmoplex 20 mg (cloreto de tróspio; incontinência urinária); e a Neo-Sinefrina (Gotas nasais, descongestionante nasal) e o Urispas 200 mg.

#### **5.6. Diagnóstico**

Ambas as entrevistadas foram avaliadas com o MEEM, segundo o qual apresentam défices cognitivos, tendo a Rita o valor de 20 e a Maria o valor de 16.

Sendo que a Rita apresenta um défice muito ligeiro, enquanto a Maria apresenta um défice ligeiro.

A Rita apresenta dificuldades a nível da atenção e cálculo, na linguagem (escrita) e na habilidade construtiva.

A Maria apresenta dificuldades a nível da orientação, da atenção e do cálculo, na evocação, na linguagem (escrita) e na habilidade construtiva.

Ambas apresentam Psicopatologia, a Rita apresenta Psicopatologia ( $\geq 1,7\%$ ): Depressão, Ansiedade e Ideação Paranóide, enquanto que, a Maria apresenta ( $\geq 2,25\%$ ): Somatização, POC e Ideação Paranóide.

A Rita apresenta depressão e Ansiedade, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) verifica-se que existe um transtorno Depressivo Major, quando um indivíduo apresenta, durante um período mínimo de 2 semanas, 5 ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido; perda de interesse, ou prazer por quase todas as atividades; alterações do apetite ou peso; alterações do sono; da psicomotricidade (lentidão ou agitação); fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade para pensar, concentrar ou tomar decisões e pensamentos de morte, incluindo ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

A Rita apresenta humor deprimido; perda de interesse, ou prazer por quase todas as atividades; alterações do sono; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade para pensar. Verificou-se mais de 5 sintomas, e estes prolongaram-se por um período longo.

A Ansiedade passa por ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) e a CID-10 (1993) com relação ao Transtorno de Ansiedade Generalizada (no DSM-IV-TR, 300.02 e na CID-10, F41.1), esses dois sistemas caracterizam-se por um quadro ansioso generalizado e persistente, apresentam sentimentos crónicos de nervosismo, preocupações excessivas, persistentes e desproporcionais à realidade acompanhadas por vários sintomas somáticos, como: apreensão; tensão motora (inquietação, cefaleia tencional, tremores, incapacidade de relaxar); alta vigilância cognitiva; irritabilidade persistente; dores musculares;

disfunções gastrointestinais; sudorese; taquicardia; desconforto epigástrico; tontura; boca seca; palpitações e taquicardia.

A Maria apresenta somatização e Ansiedade (POC) os Indivíduos com Transtorno Obsessivo Compulsivo (POC) apresentam obsessões (ideias ou imagens intrusivas, sem sentido, recorrente e persistente) e/ou compulsões (comportamentos repetitivos e sem propósito, de aspeto ritualístico) suficientemente graves para causar repercussão psíquica marcante, consumo considerável de tempo (mais de uma hora por dia) e/ou interferência significativa nas atividades ocupacionais, acadêmicas, sociais ou pessoais do indivíduo (APA, 2002; Rangé et al., 2001).

Segundo o Processo existente no lar a Rita apresentava Transtorno de stresse Pós-Traumático (309.81 no DSMIV-TR, e F43.1 na CID-10), que consiste numa reação tardia (pode existir um período de latência envolvendo algumas semanas, meses ou anos, após a ocorrência do trauma) e muito mais duradoura em relação ao transtorno agudo.

O evento traumático (situação stressante, ameaçadora, ou catastrófica) é persistentemente revivido em forma de imagens, memórias intrusas (*flashbacks*), pensamentos, percepções, sonhos ou recordações angustiantes, acompanhadas por sintomas de excitação aumentada e esquiva persistente a estímulos relacionados ao trauma (Davidson, 1999).

A Maria foi vítima de uma situação traumática, catastrófica e que se repercutiu durante muito tempo. A Maria fazia referência às suas recordações angustiantes, e quando falava delas, emocionava-se.

A Maria apresentava mais sintomas de stresse pós-traumático do que a Rita, mas ambas apresentam pensamentos, percepções e recordações angustiantes.

Ambas foram vítimas de maus-tratos, a Maria foi vítima de maus-tratos emocionais, negligência e abuso financeiro, mas é uma pessoa independente, não precisa de ajuda para desempenhar certas tarefas do dia-á-dia.

A Rita foi vítima de maus-tratos físicos e ainda continua a ser. A Rita sofre de maus-tratos físicos e psicológicos, por parte de um dos sobrinhos (o malvado).

Mas este tipo de mastrato não é continuado. A Rita tem uma rede de apoio dos vizinhos e do sobrinho que vive com ela.

No entanto ambas apresentam setresse e medo, a Maria teve de denunciar ao padre que era vítima de maus-tratos no domicílio, e para que a situação melhorasse em

casa teve de ser denunciada á comunidade, para que os filhos não a tratassem mal, durante o dia está no centro de dia.

A Rita nunca denunciou a situação porque tem medo de represálias.

## VI CAPÍTULO: ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS RESULTADOS E INTERVENÇÕES

Neste capítulo vai-se proceder a discussão de resultados referentes aos dois casos.

Pretende-se saber qual o tipo de maus-tratos exercidos nestas idosas que vivem no domicílio, saber qual o impacto dos maus-tratos na vida destas idosas. O que foi feito para minimizar estas situações, o que poderia ter sido feito e não foi? Que tipos de intervenção se poderiam fazer para prevenir a violência no idoso. Se tiveram acompanhamento psicológico e se denunciaram formalmente as situações de que foram vítimas. Se sofreram de setresse pós-traumático, se denunciaram alguma das situações às autoridades competentes (APAV).

### 6.1. Análise de conteúdo das entrevistas e discussão dos resultados

As categorias escolhidas foram, o dia á dia; medo/insegurança; maus-tratos físicos; suporte social; família; maus-tratos emocionais; idade; razões dos maus tratos; sociedade; esperança e fé.

Desta Análise de Conteúdo (cf. Anexo J) vamos dar mais ênfase às categorias que estão ligadas aos maus-tratos (Físicos, emocionais); á identificação do Agressor; ao abuso financeiro, e à Negligência.

De seguida faremos referência ao apoio psicoterapêutico feito com estas idosas e de seguida propomos um programa de prevenção de Maus-tratos em Idosos.

No caso 1 a entrevistada foi vítima de maus-tratos físicos, ....“Já fui empurrada e maltratada com alguma violência”...“O sobrinho que não vive comigo”....”Deu-me uma estalada e agarrou-me o braço”....”agarra-me o pescoço”....agride-me....fui empurrada.....caí ao chão e fiquei com o braço pisado”.....

A **violência física** é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal. Esse tipo de violência é usado mediante força ou através do uso de qualquer arma com a finalidade de subjugar, ferir, deixando ou não marcas visíveis no agredido, e acontece de forma não acidental (Calvalcanti, 2007).

No Caso 1 a entrevistada também foi vítima de maus-tratos emocionais,....”O malvado ameaça-me ...“que irei viver sozinha porque ninguém me quer aturar”... No caso 1 também se verificaram ameaças verbais.

A violência psicológica ou **agressão emocional** é, por vezes, mais prejudicial que a física, sendo caracterizada por rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, controle de atividades, desrespeito, ciúme exagerado, punições e ameaças (Cavalcanti, 2007).

Nestes dois casos não foram feitas as avaliações de Possíveis Indicadores de Abuso, como, Contusões, Golpes, Fraturas, Vários estádios de cura de escoriações ou fraturas.

Poderemos concluir que a entrevistada do caso 1 não apresenta contusões na face, mas é provável que apresente contusões, escoriações no corpo.

Porque fez referência, que o 2º sobrinho lhe pisou o braço e que a empurrou e que ela caiu.

No Caso 2 a entrevistada nunca foi vítima de maus-tratos físicos, mas de, maus-tratos emocionais,.....”gritaram comigo e a ameaçaram-me”....

Neste caso, verificamos que, existiu humilhação e que a ameaçaram verbalmente,

Nos dois casos foram vítimas de abuso financeiro, no caso 1.....”aparece aqui em casa”... tenho de ter sempre um dinheirito escondido”....senão leva-mo todo.

O Abuso financeiro ou material: exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais (Pasinato et al., 2004).

No Caso 2 a filha ....”Exigia-me dinheiro da reforma”....

Existe Negligência nos dois casos.

O termo “negligência” pode ser definido como a recusa ou a falha no cumprimento de qualquer parte das obrigações ou responsabilidades por parte da pessoa que cuida do idoso (Elsner, Pavan, & Guedes, 2007).

No Caso 1 .....Sente-se sozinha durante o dia, fica sozinha durante muito tempo.

No Caso 2 .....tem falta de aparelho para ouvir.....fecharam-na nos anexos durante muito tempo, .....deixavam-na sozinha durante muito tempo.....não lhe davam conforto em casa.....

Em suma no caso 1 a idosa vive no seu domicílio, e foi vítima de maus tratos físicos, emocionais, financeiro e de negligência.

No caso 2 a idosa vivia no domicílio, onde foi vítima de maus tratos emocionais, financeiros e de negligência.

Os fatores de risco relativos a estas vítimas é serem do género feminino, terem uma idade avançada, terem psicopatologia, uma das vítimas é dependente da cadeira de rodas.

Os agressores são no caso 1 O outro sobrinho é que me vem visitar e que me ameaça”.....”o que me assalta é o meu sobrinho o tal que aparece aqui”....”O tal malandroco”.....Bebe uns copitos.....

No caso 2 .... “A minha filha e o meu genro são capazes de tudo”.....por causa das partilhas, os meus filhos gritam comigo,.....não se entendem.

Um dos fatores de risco associados a um dos Agressores é a dependência (abuso de álcool), é familiar da vítima, esta tem medo dele, tem medo de o denunciar á irmã. Só falou dele ao Psicólogo. Não existe queixas acerca deste assunto nas autoridades competentes, par resolver este assunto.

No 2º caso a Cuidadora depende economicamente do idoso; mas neste caso houve uma denúncia de maus-tratos feita por esta ao padre, porque estava viver uma situação insustentável, esta denuncia também foi feita á Psicóloga da instituição.

Ambos apoiaram-na tirando-a durante o dia do seu ambiente familiar onde os abusos aconteciam. Durante o dia, passa-o no centro de dia, onde convive com as amigas, onde é acompanhada psicológicamente. Também tem medo de denunciar o caso.

Estas idosas foram vítimas de maus-tratos por cuidadores formais (pelo sobrinho alcoólico, no caso da 1ª vítima, quanto á segunda vítima os agressores eram a filha e o genro, mas também os outros filhos (porque queriam as partilhas). Estas vítima estiveram sujeitas a uma vitimação continuada e encontram-se emocionalmente vulneráveis. Estas idosas foram marginalizadas.

Segundo Koseberg (1988, cit.in APAV, 2010) a maior parte dos idosos são emocionalmente vulneráveis, porque estão sujeitos a uma vitimação continuada, que os leva à resignação e á vulnerabilidade.

De acordo com Qinn e Tomita (1986, cit.in APAV, 2010) existem situações em que os idosos interiorizam sentimentos de culpa relacionados com o quadro das relações familiares (nos casos de descendência ou conjugalidade), a manutenção da vinculação afetiva e os fortes traços de lealdade para com os membros da família, incluindo o agressor, coloca o idoso numa posição frágil, que pode levar a uma situação de vítima.

Estas vítimas sofrem de Stresse pós-traumático. o Transtorno de Stresse Pós-Traumático (309.81 no DSMIV-TR, e F43.1 na CID-10), consiste numa reação tardia (pode ocorrer um período de latência e só depois é que ocorre o episódio de Stresse (demora algumas semanas, meses ou anos), traumático (tem de existir uma situação stressante, ameaçadora, ou catastrófica) tem de ser persistentemente revivido em forma de imagens, memórias intrusas (*flashbacks*), pensamentos, perceções, sonhos ou recordações angustiantes, acompanhadas por sintomas de excitação aumentada e esquiva persistente à estímulos relacionados ao trauma (APA, 2002).

A ansiedade é um sentimento desagradável e de apreensão, vago, acompanhado de sensações fisiológicas, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho (APA,2002).

Podemos concluir que a nossa hipótese se verifica, porque se verificaram vários tipos de maus tratos, que estes foram preptados por familiares (sobrinho e filhos), que a maior parte dos agressores é do sexo masculino, e verifica-se também que as vítimas tem noção que são vítimas de maus-tratos, mas que tem medo de fazer a denúncia, pois tem medo de represálias. As denúncias na justiça são poucas.

O plano terapêutico seguido pelas duas pacientes, uma em apoio domiciliar e proposto pelo Psicólogo, a outra vítima teve um acompanhamento no Centro de dia pela Psicóloga.

Esta paciente foi acompanhada em Consulta Individual em que se utilizaram as terapias cognitivo-comportamentais. Estas são muito populares na intervenção com idosos, porque são eficazes na redução da sintomatologia psíquica e no aumento da satisfação com a vida e porque reúnem um conjunto alargado de propostas terapêuticas, incluindo as psicoterapias interpessoais, centradas nos esquemas de revisão de vida/reminiscências (Areán, 2003; Hyer et al., 2004; Lee et al., 2003).

Utilizaram-se estas terapias com estes pacientes idosos, porque estão envolvidos num clima de otimismo e mudança e estão indicados para estes pacientes porque apresentam diagnósticos Depressivos e de Ansiedade.

As estratégias que utilizamos foram inspiradas no modelo de Beck que centra a sua intervenção no aqui e agora, utilizando-se o questionário de auto preenchimento e os registos escritos, poderíamos ter utilizado ainda o confronto de distorções cognitivas de competências.

Utilizaram-se ainda outras técnicas comportamentais, o treino de relaxamento.

A abordagem cognitivo-comportamental sugere que é importante: reforçar a importância de uma relação terapêutica colaborativa, para que o idoso se sinta valorizado; deve-se também definir um contrato terapêutico esclarecido, e este deve fazer referência à desmistificação de crenças associadas aos processos terapêuticos; informar e educar o paciente sobre as regras da psicoterapia (nomeadamente, a importância de cumprir os trabalhos de casa), explicando a importância da estrutura das consultas, mantendo abertura para negociar; focalização em objetivos mínimos e claros (previamente definidos), sendo que a duração da terapia deve estar circunscrita ao cumprimento dos objetivos definidos; (o terapeuta tem que mostrar uma atitude ainda mais ativa, estruturando a sessão, e não fugir aos tópicos pré-estabelecidos e para evitarmos situações em que os idosos na sessão terapêutica contem histórias, divagam ou desistam de cumprir determinadas tarefas; o terapeuta deve ter em conta o ritmo das sessões (como é que ela decorre), deve ter em conta a repetição da informação; deve recorrer aos recursos multissensoriais (diga, mostre e faça), devem incentivar o uso de

auxiliares de memória (material audiovisual, deve-se recorrer aos trabalhos de casa escritos) e ao planeamento de tarefas; devemos recorrer a didáticas/estratégias psicoeducativas, multissensoriais, devemos apresentar a informação de forma clara e apresentar o material terapêutico de forma mais lenta; devemos também avaliar a forma como a vivência do envelhecimento condiciona ou não os estilos de *coping* (avaliar a auto-estima e ansiedade face ao futuro), valorizar, sempre os aspectos positivos do envelhecimento; permitir a revisão da história de vida e a valorização das reminiscências; o idoso aprende e treina com facilidade as formas adaptativas de lidar com as situações que anteriormente desencadeavam mal-estar.

Por fim temos de acabar o processo terapêutico e para isso propomos sessões de *follow-up*; mantendo-se o trabalho em equipa (equipa multidisciplinar, principalmente quando os sujeitos apresentam problemas físicos de saúde).

Fizemos uma intervenção em défices cognitivos com a paciente que estava no centro de dia.

Para terminarmos propomos um Programa de Prevenção de maus-tratos em idosos. Propomos que se faça uma Prevenção primária, secundária e terciária.

Este tipo de Prevenção primária tem como objetivo: evitar o aparecimento de maus tratos, através do controlo das causas e dos fatores de risco.

A Prevenção secundária caracteriza-se por: atos, destinados a diminuir a prevalência de este tipo de maus-tratos mediante a deteção e a intervenção precoce de forma a evitar as consequências mais graves e as reincidências.

A Prevenção Terciária incidirá em actos destinados a diminuir as consequências de uma situação de maus tratos já existente, minorando as sequelas e proporcionando uma qualidade de vida ao idoso.

Na prevenção primária pretende-se que os idosos através da Informação que se pretende fazer através de Ações de sensibilização e de formação que versarão sobre os maus-tratos (mas principalmente sobre as causas e os fatores de risco) tendo como objetivo a Promoção de envelhecimento ativo.

Esta Informação e Sensibilização pode ser feita pelos Meios de comunicação social; através de Programas informativos, no qual se fará referência ao envelhecimento,

aos direitos e deveres, se abordará também as várias tipologias de maus tratos e os recursos disponíveis, Será também pertinente formar os cuidadores.

Podem-se fazer os Folhetos informativos e esta informação poderá existir em Centros de saúde, em hospitais, em juntas de freguesia, em paróquias, e em associações recreativas.

Também se poderá promover palestras sobre o assunto com o apoio das Juntas de Freguesia e das Paróquias.

Estas formações destinam-se a toda a comunidade (principalmente aos idosos, aos técnicos de Saúde, aos cuidadores (formais e informais) e aos Voluntários.

Pode ser feita por Psicólogos, Técnicos superiores de saúde (Médicos e Enfermeiros) que tenham formação na área dos maus-tratos.

A Formação técnica que deve ser dada aos cuidadores, deve versar no seguinte: o processo do envelhecimento, os conceitos de saúde/doença, nutrição, higiene, locomoção, medicação/riscos da sobremedicação, cuidados a ter para com o idoso dependente, recursos sociais e comunitários disponíveis.

A formação comportamental dirigida aos cuidadores deve referenciar o seguinte, a gestão de conflitos, a gestão de stresse, as estratégias de coping, as técnicas facilitadoras de comunicação e como lidar com as situações de morte e luto.

Na prevenção secundária, devemo-nos referir á Detecção de maus-tratos, á Identificação e deteção de fatores de risco do idoso e do cuidador, deve-se, Apoio aos cuidadores, Formação continuada a cuidadores.

Na deteção de maus-tratos (as entrevistas devem ser feitas em separado, primeiro ao idoso e em seguida fáz-se ao cuidador), devemos ter em conta um dos princípios éticos, garantir a confidencialidade, ser empático, dar enfase á escuta ativa, abordar os fatores de risco. As perguntas devem ser abertas e mais concretas.

Os Sinais de alerta de maus-tratos em idosos a reconhecer são: atraso entre a lesão/doença e a procura de cuidados médicos; por vezes são-nos dadas explicações pouco coerentes em relação à origem das lesões; por vezes apresentam Lesões em vários estados de cura; verificam discrepâncias entre os relatos do idoso e do cuidador (principalmente quando este é o agressor), também são visíveis os sinais de perda de peso, a má nutrição e a desidratação); verifica a existência de uma despreocupação com

a higiene; verifica-se que a vítima apresenta uma Sensação de desamparo; um estado de Confusão, de desorientação, de medo; de Agitação, verifica-se que a vítima tem baixa auto-estima e Depressão.

Os cuidadores devem ser integrados em grupos de apoio onde estes partilham experiências, aprendem a gerir o stresse, a desenvolver estratégias de coping, a desenvolver estratégias de resolução de problemas/conflitos, diminuir o isolamento das pessoas e também a partilha de informação (recursos sociais disponíveis).

Na Prevenção terciária, o sujeito visado é o idoso, a intervenção a fazer recairá neste, far-se-á o Tratamento e a reabilitação do idoso vítima de maus-tratos. Este terá apoio médico, psicológico, social, jurídico, e económico.

Neste caso, faremos a reabilitação do idoso mas também á reabilitação do agressor. Terá intervenções psicoterapêuticas que se basearão nas (técnicas de autocontrolo, tratamento de casos de alcoolismo e de toxicodependência...).

Estas equipas devem ser multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos, serviço social).

Desenvolvimento de planos de ação em cooperação com as entidades envolvidas nestes assuntos (saúde, autarquias, escolas, organizações de voluntariado).

## **Conclusão Geral**

Na União Europeia, como em muitas outras partes do mundo, as sociedades estão a ver-se confrontadas com o desafio do envelhecimento. Diminui a taxa de mortalidade e aumentou a média da esperança de vida. Vive-se mais tempo que no passado.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), se o ritmo de crescimento da população idosa continuar a crescer como tem ocorrido nas últimas décadas, por volta do ano de 2050, pela primeira vez na história da espécie humana, as estatísticas dos idosos superiores às das crianças abaixo dos 14 anos (Alcântara, 2007; Berzins, 2003).

Os primeiros estudos Britânicos que abordam a violência doméstica em idosos tiveram o seu início em meados de 1970, foram descritos pela 1ª vez em 1975 (Passinato, 2006).

Outro dos pontos importantes do estudo dos Maus-tratos em idosos foi a criação de uma revista em 1989 que abordasse este assunto, *Journal of Elder Abuse and Neglect* Barnett (1997).

Entre nós, num relatório do Provedor de Justiça (2002) acerca da utilização da linha do cidadão idoso nesse ano, ficamos a saber que das 3273 chamadas recebidas nesse ano, 132 diziam respeito a situações de abandono de idosos.

Outras 116 chamadas disseram respeito á “consulta jurídica” e 241 á “informação jurídica”, é possível que algumas destas chamadas de “informação”, ou “consulta” jurídica pudessem ter a ver com a denúncia de maus-tratos, mas o relatório não nos permite ser conclusivos sobre esse assunto Ferreira-Alves (2005).

A realidade dos maus-tratos em contexto familiar e institucional tem conduzido alguns países a implementarem políticas sociais com vista à proteção do cidadão sénior. As políticas a realizar são, o incremento de medidas legislativas de proteção dos idosos vítimas de abusos; serviços de informação; campanhas de aconselhamento dos idosos sobre a necessidade de planificarem a doença e a reforma; programas integrados de prevenção primária (atuar na origem), secundária (identificar situações e fatores de risco) e terciária (minimizar os seus efeitos) da violência contra os idosos.

Devem também ser feitos programas de apoio aos idosos e aos cuidadores; a identificação das instituições e valências que intervêm neste domínio; a criação de um sistema de gestão integrada da informação relativa aos maus tratos; criação de uma estrutura integrada de resposta à situação de mau trato de idosos (e.g. alojamento temporário, prestação de cuidados), formação de competências técnicas e comunicacionais entre os profissionais que intervêm nesta área.

Com base no nosso estudo, apresentamos algumas características referentes às vítimas e com (mulher, entre os 72 e 73 anos, reformadas, neste caso a residir no meio urbano e no meio rural), o perfil dos agressores (sobrinho, filhos e o genro do sexo masculino e filha do sexo feminino).

Estas vítimas encontravam-se fragilizadas e resignadas às situações que viviam, devido á situação de maus-tratos, que se repercutiu durante muito tempo e continuamente. A violência exercida sobre estes idosos foi, física, emocional, financeira e negligência.

Frequentemente as vítimas sofrem de sentimentos de culpa, de baixas de auto-estima e sentem vergonha.

Os Agressores de uma pessoa idosa, vítima de violência doméstica, são o seu filho, ou filha. Ou seja, a descendente que lhe presta cuidados, que vive consigo, ou nas proximidades.

Os Agressores têm comportamentos aditivos; sofrem de perturbações mentais/ou psiquiátricas, tem falta de formação; sofrem de sobrecarga de responsabilidade e de stresse, são dependentes da pessoa idosa, tem traços de personalidade facilitadores da violência.

Faremos referência a algumas das nossas limitações, foi, encontrar idosas e idosos que nos dissessem que eram vítimas de maus tratos por parte dos familiares e que nos quisessem falar sobre o assunto, e que os familiares nos autorizassem a fazer as entrevistas.

Em Estudos Futuros poderemos verificar as diferenças entre homens e mulheres em relação aos vários tipos de maus-tratos. Podemos verificar as diferenças entre o meio

urbano e rural em relação aos vários tipos de maus-tratos. Também poderemos verificar as diferenças em relação aos maus-tratos praticados em idosos não institucionalizados e institucionalizados.

Devia-se investigar as formas de detecção dos maus-tratos. Pretendia-se, ainda, verificar se a psicopatologia e a demência influenciam a prática dos maus-tratos praticados em idosos.

Devem ser criadas novas políticas em relação aos idosos, e fomentar mais programas de prevenção, para que existam idosos esclarecidos sobre os seus direitos e vivam um envelhecimento mais ativo e com qualidade.

## Referências Bibliográficas

- Agree, M. E. & Freedman, A. V. (2001). *Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica*. In: Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara, 494-501.
- Alcântara, A. de O. (2004). Velhos Institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas-SP: Editora Alínea.
- Alcântara, A. O., (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. São Paulo: Editora Alínea.
- Alcântara, A. O. (2007). O Direito Fundamental à velhice digna: Limites e Possibilidades de sua efetivação. Tese apresentada á Universidade de Fortaleza. Brasil.
- Alcântara, A. O., & Debert, G. G. (2007). Família e velhice: revisitando mitos e certezas. In: Congresso Brasileiro de Sociologia, em 13 de 2007, Recife-Pe. Família e Velhice: *Entre Mitos e Certezas*, 1, 1-3.
- Allegri, R. (2001). Perfil diferenciais de perda de memória entre demência frontotemporal e a do tipo Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 2, 317-324.
- Almeida, O.P. (1997). Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 43, 1, 77-81.
- Almeida, T.L. (2005). *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família*. Ribeirão Preto: Dissertação da Universidade de São Paulo.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (3ª ed.) Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e da estatística das perturbações mentais*. (J. Nunes de Almeida, Trad.). (4ª ed. Rev.). Lisboa: Climepsi. (obra Original publicada em 2000).

- American Psychological Association (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59 (4), 236-260.
- André, E. S. (2004). Moléstia de Parkinson: Parkinson's Disease. *Revista Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, 7, 1, 11-25.
- APPAV (2010). Manual Titono. Para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime. Lisboa: Artes gráficas Simões, Lda.
- Araújo, C. L. de O. & Nicoli, J. S. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), São Paulo,: 231-44.
- Areán, P. A. (2003). Advances in psychotherapy for mental illness in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (1), 4-6.
- Ballone, G. & Moura, E. (2006). *Depressão no Idoso* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2006.
- Bengston, V.; Rice, C.; & Johnson, M. (1999). Are theories of aging important? Models and explanations in gerontology at the turn of the century. In Bengtson, V., & Schaie, K.. *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Co., 3-20.
- Berzins, M. A. V. da S. (2003). Envelhecimento populacional: uma conquista celebrada. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, 75. São Paulo: Cortez Editora.
- Birdin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª ed.).Lisboa: Edições 70.
- Borrvalho, O. I. A. (2010). *Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- Borrvalho, O.; Lima, M., & Ferreira-Alves, J. (2010). Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: identificação e caracterização de casos do Serviço de Urgência de um Hospital Central. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (471-478). Braga: Universidade do Minho.

- Caldas, P. P.; Ávila, D.; Araújo, T. D.; Galhardo, V. Â. C. (2004). AVC no idoso. In: Saldanha, Assuero Luiz & Caldas, Célia Pereira. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro, Interciência, 249-255.
- Canavarro, M. (1999a). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & M. Almeida (Eds.), *Testes e Provas psicológicas em Portugal*.(vol. II,pp.95-109). *Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.: Associação de Psicólogos Portugueses*.
- Canavarro, M. (1999b). *Relações afetivas e saúde mental – uma abordagem ao longo do ciclo vital*. Coimbra: Quarteto.
- Calvacanti, S. V. S. F. (2007). Violência doméstica: análise da Lei “Maria da Penha”, No 11.340/06. Salvador/Bahia: Edições JusPODIVM.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev. Bras. Psiquiatria*, 24, 1.
- Carney, M.T., Kahan, F.S., & Paris, B. (2003). Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse? *The mount sinai journal of medicine*, 70, 2, 69-74.
- Carvalho, A.M. (2000). *Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos*. Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo: Brasil.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40: 161-184.
- Carvalho-Filho, E., & Netto, M. (2000). *Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica*. (2ª ed., pp. 9-29) São Paulo: Atheneu.
- Cecin, H. (1997). Proposição de uma reserva anatomofuncional, no canal raquidiano, como fator interferente na fisiopatologia das lombalgias e lombociatalgias mecânico-degenerativas. *Revista Associada de Medicina Brasileira*; 43, 4, 295-310.

- Christofoletti, G. *et al.* (2006, outubro-dezembro). Risco de queda em idosos em doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10, 4.
- Cohler, B. J. (1998). Psychoanalysis and the life course: Development and intervention. In I. H. Nordhus, G. R. VanderBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychology Association.
- Costa, E. M. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena. Estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Ágora Editora.
- Custódio, A. C. S. (2007). Proteção social e o idoso: uma articulação para o campo do envelhecimento. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Davinson, A. (1999). Using Artificial Neural Networks to Model Opponents in Texas Hold'em. CMPUT 499 - Research Project Review.
- Derogatis, R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring and procedures. Manual – I for the revised version*. John Hopkins University Scholl of Medicine, *Clinical Psychometrics Research*, Unit Baltimore.
- Derogatis, L. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. *Minneapolis Computers Systems*.
- Derogatis, L. & Spencer, P. (1982). The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual: I, Baltimore, *Clinical Psychometric Research*.
- Dias, C. I. M. (2004). Violência na família. Uma abordagem sociológica. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, C. I. M. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. In *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras do Porto*, 15, 249-273.

- Dias, C. I. M. (2009). Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social. Tese apresentada á Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Elsner, R.V.; Pavan, F.; & Guedes, M. J. (2007). Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? *Rbceh, Passo Fundo*, 4, 2, 46-54.
- Emre, M. (2003). Dementia associated with Parkinson's disease. *Lancet Neurology*, 2, 229-237.
- Evans, S. (1998). Beyond the mirror: A group analytic exploration of late life and depression. *Aging & Mental Health*, 2 (2), 94-99.
- Ferreira, F. et al. (2007). A relação da postura corporal com a prosódia na doença de Parkinson: estudo de caso. *Revista Cefac*, 9, 3, 319-29.
- Ferreira, F. V.; Cielo, C. A., Trevisan, M. E. (2008). Características respiratórias, posturais e vocais na Doença de Parkinson: estudo de casos. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana), Universidade Federal de Santa Maria.
- Ferreira-Alves, J. (2003). Saúde mental e maus tratos a idosos. Comunicação apresentada às *I Jornadas de Saúde Mental no Idoso*. Porto.
- Ferreira-Alves, J., (2004). *Fatores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Fatores de risco e indicadores de abuso e negligência de pessoas idosas. *Polícia e Justiça: Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*, III Série, Número especial temático.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. *Psicologia Forense*, 1-43.
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 6, 1, 65-77.

- Ferreira-Alves, J.; & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Porto, 303-313:Universidade do Porto. Faculdade de Letras.*
- Finkelhor, D. (1983), "Common features of family abuse", in D. Finkelhor; R. J. Gelles; G. T. Hotaling; M. Straus (eds.), *The Dark Side of Families: Current Family. Research*, Beverly Hills, Sage Publications.
- Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; & McHugh, P. R.(1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12, 189-98.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gallucci-Neto, J.; Tamelini, M., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria. Clinica*, 32, 119-130.
- Garrido, R. & Almeida, O. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre ávida do cuidador. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 57, 28, 427-34.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Coimbra: Editorial Psy.
- Grelha, P. A. S. S. (2009). *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida*. Dissertação apresentada á Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Hales, R., & Yudofsky, S. (2006). *Tratado de psiquiatria clínica* (4ª ed.). Brasil: Artemed.

- Hay, J. (2001). *Doença de Alzheimer e demência*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Hyer, L., Kramer, D., & Sohnle, S. (2004). CBT with older people: Alterations and the value of the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (3), 276-291.
- INE. (19 de Março de 2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Destaque. Portugal*.
- INE (2008), *Estatísticas Demográficas*.
- INE (2003), *Portugal Social*.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e socioeconómica recenseadas pessoas idosas*. Lisboa: INE. Consultado em Abril 2012, <http://www.ine.pt>.
- INE (2001), *Censos 2001: Resultados Provisórios, Portugal. Prevenção da violência institucional perante as pessoas idosas em situação de dependência* (2002), Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- Kennedy, G. J., & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54 (3), 386-406.
- Klausner, E.; Clarkin, J. F.; Spielman, L.; Pupo, C.; Abrams, R., & Alexopoulos, G. (1998). Late-life depression and functional disability: The role goalfocused group psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 707-716.
- Lafer (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Artemed: Porto Alegre.
- Lains, J.; Oliveira, R.; Caldas, J.; Azenha, A. & Keating, J. (1993). Depressão e Ansiedade na realização do Hemiplégico de causa vascular. *Medicina Física e Reabilitação*, 1, I.

- Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health*, 7 (2), 133-141.
- Lima, M. (2003). A sexualidade na terceira idade. In E. Sá (Coord.), *Quero-te! Psicologia da sexualidade* (pp. 109-115). Coimbra: Quarteto.
- Lima, M. P. (2004b). *Posso participar? Atividades de desenvolvimento pessoal, para idosos*. Porto: Ambar.
- Lopes, M.A., & Bottino, C.M.C. (2002). Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 60, 1, 61-69.
- Machado, J.; Caram, C. L. B.; Frank, A. A.; Soares, E. A. & Laks, J. (2009). Estado Nutricional da Doença de Alzheimer. Trabalho realizado no Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Mansur, L.L. *et al.* (2005, dezembro). Linguagem e cognição na Doença de Alzheimer. *Psicol. Reflex. Crit.*, 18, 3, 300-7.
- Marques, S.C.L. (2007): *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Forsmasau.
- Marques, A. P. & Kondo, A. (1998). A Fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 38, 2.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paul & A. M. Fonseca, A. M. (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores
- Martins, G. B. & Medeiros, F. D. (2007). *Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Santa Catarina: Universidade do Sul.
- Matos, M. & Machado, C. (1999). Violência conjugal e o modelo de intervenção e crise. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 377-388.

- Mendonça, F. et al. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Revista Geriatria*, 13, 127, 33 – 49.
- Montgomery, A. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Marleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. (Trad. Carlos Moura). (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Nações Unidas (2002). *Abuse of Older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context – Report of the Secretary-General*. New York: Nações Unidas. Consultado em Abril de 2012, <http://www.un.org/en>.
- Negrelli, W. F. (2001). Hérnia discal: Procedimentos de tratamento. *Ata Ortopedia Brasileira*, 9, 4, 39-45.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., & Néri, A., (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11, 2, pp. 351-359.
- Oliveira, M.; Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva de autopoiese. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8, 2, 181-196.
- OMS (2002). Declaração de Toronto. Toronto: Red Internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Missing voices. Geneva:WHO/IPEA.*
- Organização Mundial de Saude. (2001). The world health report. Geneva: OMS.*
- Organizacion Mundial de la Salud. (1998). Promoción: glosario. Ginebra: OMS.*

- Papalia, E., Olds, S., & Feldeman, R. (Reimp. 2007). *Desenvolvimento humano*. (D. Bueno, Trad.) (8ª ed.). Porto Alegre: Artemed (Obra original publicada em 2006).
- Pasinato, M.; Camarano, A. A. & Machado, L. (2004). Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: Estudo Exploratório das informações dos Serviços de Denúncia. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Carambú, Brasil.
- Paúl, M. (1993). A depressão em idosos: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 4, 11, 35-42.
- Paúl, M. (1994). Panorama demográfico dos idosos em Portugal. *A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 70, (7), pp. 21-26.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Pedro, S. (2001). *Manual de psicogeritria clínica*. (pp. 313-318 Barcelona: Masson.
- Petersen, C. (2004). *Défice cognitivo ligeiro. O envelhecimento e a doença de Alzheimer*. (J. N. de Almeida, Trad.) (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Pillemer, K. S. J. (1988). *Elder abuse: Handbook of family Violence*. New York: Plenum Press.
- Pillemer, K. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly, in *Social Problems*, 33, 146-158.
- Putz, R., & Pabst, R. (2006). *Sobotta: atlas de anatomia humana*. (vol. 1). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Rangé, B.; Asbahr, F.; Moritz, C.; ITO, L. (2001). Transtorno Obsessivo compulsivo. Em Rangé, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, p. 145-182, 2001.

- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4, 25, 543-557.
- Reis, M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispel myths. *Generations*, 24, 2.
- Ribeira, S.; Ramos, C.; S. L. (2004). Avaliação inicial de demência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 569-577.
- Ribeiro, J. (2007). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis.
- Rocca, W. A.; Cha, R. H.; Waring, S. C.; & Kokmen, E. (1998). Incidence of dementia and Alzheimer's disease: a reanalysis of data from Rochester, Minnesota, 1975-1984. *Am J. Epidemiol*, 148,1, 51-62.
- Saldanha, A. & Caldas, C. (Org.), *Saúde do Idoso: A arte de cuidar* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interciência.
- Santana, I. & Cunha, I. (2005). Demências. Manual para médicos, Lisboa. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.
- Santos, M.I.S. (2006). *Os cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde (não publicada), Universidade Aberta, Lisboa.
- Santos, M. L. C.; & Andrade, M. C. (2005). Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29, 1, 57- 58, jan/ jun 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 10 de ago. 2011.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre fatores pessoais, situacionais e manifestações da depressão*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Seidman, N., & Walsh, B. (1999) Alterações fisiológicas no envelhecimento. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 18-33.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.

- Silberman, C. D. et al. (2004). Uma revisão sobre depressão como fator de risco na Doença de Parkinson e seu impacto na cognição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 1, 52-60.
- Silva, R. A. & Ribeiro, A. C. (2009). Associação entre Espondiloartrose lombar e trabalho pesado. *Revista brasileira de Saúde ocupacional.*, São Paulo, 34 (119), 51-57.
- Sococco, P., De Leo, D., & Frank, E. (2002). Is interpersonal psychotherapy in group format a therapeutic option in late-life depression? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 68-75.
- Sousa, L.; Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª ed. Porto: Âmbar.
- Spar, E., & La Rue, A. (2005). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Steinetz, S. K. (1993), "The abused elderly are dependent. Abuse is caused by the perception of stress associated with providing care", in Richard J. Gelles; Donileen R. Loseke (eds.), *Current Controversies on Family Violence*, California, Sage Publications, 222-236.
- Teixeira Jr., A.L. & Caramelli, P. (2006). Apatia na doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria.*, 28, 3, 238-41.
- Teri, L., & Logsdon, R. (1992). The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy*, 29 (1),83-89.
- Touchon, J., & Portet. F. (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. (A. Porto, Trad.) (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi editores.
- United Nations (2002). Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context. Copiado de <http://www.un.org/ageing/ecn52002pc2eng.pdf> em 9 de Abril de 2012.

United Nations (2007). World Population Prospects: the 2006. Retirado a 9 de Abril de 2012 de [http: www.un.org/esa/population/publications/Wpp2006/English.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/Wpp2006/English.pdf).

Welfel, E.; Danzinger, P., & Santoro, S. (2000). Mandated reporting of abuse/maltreatment of older adults: A primer for counsellors. *Journal of Counseling & Development*, 78, 284-292.

Wheelock, I. (1997). Psychodynamic psychotherapy with older adult: Challenges facing the patient and the therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 51, (3), 431-444.

Wieland, D. (2000). Abuse of older persons: An overview. *Holistic Nursing Practice*, 14, 4, pp.40-51

Yazbek, M. A. & Neto, J. F. M. (2008). Osteoporose e outras doenças osteometbólicas no idoso. *Einstein*, 6 1, 574-578.

**Anexos**

---

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**Anexo A: Questionário Sócio-demográfico**

**Anexo B: *Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)***

**Anexo C: O Mini Mental Teste (MMT)**

**Anexo D: O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

**Anexo E: Carta à Direção**

**Anexo F: Carta ao Representante legal**

**Anexo G: Consentimento Informado**

**Anexo H: Entrevista C1**

**Anexo I: Entrevista C2**

**Anexo J: Análise de Conteúdo**

**Anexo A**

---

**Anexo B**

---

**Anexo C**

---

**Anexo D**

---







**Anexo I**

---

