



UC/FPCE 2015

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Qualidade de Vida e Abuso em Idosos
Institucionalizados**

Rita Lopes Pires (e-mail: ritalopespires@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e Saúde, subárea de especialização em Psicogerontologia Clínica, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Lima e da Professora Doutora Manuela Vilar

Qualidade de Vida e Abuso em Idosos Institucionalizados

O crescente fenómeno de envelhecimento demográfico aliado às alterações nas estruturas da família conduz a uma decrescente disponibilidade por parte dos familiares em prestar apoio aos idosos, o que corresponde a um aumento de procura de instituições dispostas a fazer face às necessidades de uma população cada vez mais envelhecida.

A presente investigação insere-se na temática da qualidade de vida e dos maus-tratos perpetrados em pessoas de idade avançada, sendo que tem como principal objetivo proceder ao levantamento dos fatores de risco de abuso, bem como do seu impacto na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A amostra deste estudo é constituída por 30 idosos institucionalizados pertencentes aos Concelhos de Coimbra e de Santarém, sendo que a maior parte é composta por indivíduos do sexo feminino (90%), com idades compreendidas entre 65 e 96 anos, viúvos e com um nível de escolaridade baixo.

O protocolo de avaliação utilizado é composto por seis instrumentos: Guião de Entrevista Semiestruturada, Avaliação Breve do Estado Mental, Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos, *World Health Organization Quality of Life – Old Module*/ Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos, da Organização Mundial de Saúde, *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* e Escala de Depressão Geriátrica.

Os resultados revelaram que maior qualidade de vida está associada a menor sintomatologia depressiva e maior autonomia. Além disso, indicaram que os indivíduos que se percecionam como doentes tendem a ter menor qualidade de vida, menor autonomia e participação social e maior sintomatologia depressiva. Quanto à incapacidade funcional, os dados obtidos revelaram que maior incapacidade está associada a menor participação social. Relativamente aos fatores de risco de abuso, os resultados evidenciaram que maiores fatores de risco estão associados a indivíduos que se percecionam como doentes e a maior sintomatologia depressiva; menor satisfação no que respeita a objetivos de vida alcançados e projetos a realizar e menor satisfação em relação ao apoio, às relações

familiares e à preocupação com a saúde e bem-estar dos familiares; e, por fim, estão associados a menor qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Fatores de risco de abuso; Idosos institucionalizados.

Abuse and Quality of Life in Institutionalized Elderly People

The growing phenomenon of demographic aging coupled with changes in family structures leads to a decreasing availability from family members to give support to elderly people, corresponding in an increase in demand for institutions willing to attend the needs of an increasingly aging population.

The following investigation is part of the theme of quality of life and abuse in elderly people, with the main objective of proceeding with the gathering of the risk factors associated with abuse in institutionalized elderly people, as well as their impacts.

The sample of this study consists of 30 institutionalized elderly people belonging to Coimbra and Santarém Counties, with the major part composed of female individuals, with ages comprised between the ages of 65 and 96, widowed and with a low educational level.

The evaluation protocol used consists of six instruments to which the elderly people replied. They are: Guião de Entrevista Semiestruturada, Mini Mental State Examination, Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos, World Health Organization Quality of Life – Old Module, Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test and Geriatric Depression Scale.

The results revealed that a higher quality of life is associated with less depressive symptoms and more autonomy. The results also indicated that a higher perception of health is associated with a lower quality of life, less autonomy and social participation and also with higher depressive symptoms. As for functional disability, the data obtained reveals that higher disability is associated with less social participation. Regarding abuse risk factors, the results showed that higher risk factors are associated with: higher perception of health and higher depressive symptoms; less satisfaction with regard to achieved life goals and projects to realize; less satisfaction with regard to support, family relations and the concerns with the health and well-being of family members; and, finally, with a lower quality of life of institutionalized elderly people.

Keywords: Quality of life; Abuse risk factors, Institutionalized elderly people.

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, pelo apoio concedido e pelos ensinamentos e inspiração que sempre me transmitiu no decorrer deste percurso.

À Professora Doutora Manuela Vilar, por toda a aprendizagem, pelo apoio incondicional e pela força e confiança transmitida.

A todos os idosos com quem tive o privilégio de me cruzar e com quem tanto aprendi. Guardo-os para sempre na minha memória.

Aos meus pais, irmã e avó, pelo apoio e motivação, por acreditarem sempre em mim e nas minhas capacidades e me possibilitarem a concretização desta tão importante etapa.

Ao meu namorado, o meu porto de abrigo ao longo de todo este árduo e recompensador percurso, por toda a motivação, apoio e amor nos momentos mais difíceis e por me fazer sentir tão segura apesar da distância.

Aos meus amigos, que sempre me motivaram e apoiaram neste percurso e na luta pelo meu maior sonho, a Psicologia.

*“Live a good, honorable life.
Then when you get older and think back,
you’ll be able to enjoy it a second time.”*

Dalai Lama

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento conceptual	2
1. Envelhecimento Demográfico	2
2. Qualidade de Vida	4
2.1 Avaliação da Qualidade de Vida	9
3. Abuso de pessoas de idade avançada	11
3.1 Conceito de Abuso	13
3.2 Prevalência do Abuso	16
3.3 Abuso Institucional	19
3.4 Indicadores de abuso e fatores de risco	22
3.5 Avaliação do abuso em idosos	25
II. Objetivos	26
III. Metodologia	27
1. Amostra	27
2. Instrumentos	28
2.1 Guião de Entrevista Semiestruturada	29
2.2 Avaliação Breve do Estado Mental	29
2.3 Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos.....	30
2.4 <i>World Health Organization Quality of Life – Old Module</i>	30
2.5 <i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test</i>	31
2.6 Escala de Depressão Geriátrica	32
3. Procedimentos	33
IV. Resultados	33
V. Discussão	41
VI. Conclusões	45
Bibliografia	47
Anexos	

Introdução

Atualmente, observa-se uma demarcada acentuação do fenómeno de envelhecimento populacional, a nível mundial. Especificamente na Europa e em Portugal, as estatísticas atuais apontam para um progressivo aumento da população idosa, devido principalmente a um decréscimo do índice de natalidade e a um aumento da esperança de vida que nos últimos anos se tem verificado (INE, 2011; Fonseca, Nunes, Teles, Martins, Paúl, & Castro-Caldas, 2009; Paúl, 2005, *in* Borralho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010).

Este envelhecimento populacional acarreta diversas implicações demográficas, familiares, sociais, psicológicas, entre outras. Demograficamente, observamos uma mudança de paradigma no que respeita à passagem de um modelo demográfico de estreitamento no topo e alargamento na base da pirâmide de idades, para um de progressivo alargamento no topo e estreitamento na base (Lima, 2012).

As alterações familiares observadas no decorrer dos últimos anos, nomeadamente, a contração das famílias e a entrada das mulheres para o mercado de trabalho têm conduzido a um decréscimo na disponibilidade que a família concede em termos de apoio ao idoso, o que conduz a um gradual aumento na procura de instituições que façam face às necessidades da população idosa (Ferreira, Vieira, & Firmino, 2006).

É neste contexto que, segundo Diener e Suh (1997), surgem as preocupações com os aspetos relativos à qualidade de vida dos idosos institucionalizados e ao abuso suscetível de ser perpetrado nos mesmos, uma vez que a institucionalização contribui para a sua ocorrência (Sardinha, 2008; Ferreira, Vieira, & Firmino, 2006).

Para além do abuso em idosos constituir um problema de saúde pública e de direitos humanos, encontra-se associado a uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar psicológico, razão pela qual esta temática necessita de especial enfoque (Ferreira-Alves, 2004).

Assim, é sobre esta temática que nos debruçamos, dado que o objetivo principal do presente estudo é proceder ao levantamento dos fatores de risco de abuso, bem como do seu impacto na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Em primeiro lugar, apresenta-se a revisão de literatura efetuada a

respeito do tema, onde procuramos abordar aprofundadamente o fenómeno de envelhecimento populacional, o conceito de qualidade de vida e a forma como é avaliada, o conceito de abuso, a sua prevalência, dando especial atenção ao abuso institucional e aos fatores de risco que o constituem e, ainda, ao modo como os mesmos podem ser avaliados.

A partir daqui desenvolvem-se as hipóteses que norteiam a metodologia, amostra, instrumentos e procedimento utilizados. Seguidamente, apresentam-se os resultados obtidos e é feita a sua articulação com os modelos teóricos contemplados na revisão de literatura, sendo que no final é realizada uma reflexão global da presente investigação.

I – Enquadramento conceptual

1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento populacional representa atualmente um dos fenómenos demográficos mais alarmantes do século XXI. A sua demarcada acentuação traz repercussões ao nível socioeconómico, dado o impacto que possui nas políticas de índole social e de sustentabilidade, assim como nas conseqüentes alterações familiares e de estilos de vida.

Na Europa, e segundo projeções da atualidade, a população tem tendência a diminuir progressivamente e o número de idosos tem tendência a aumentar nas próximas décadas, devido às mudanças demográficas que decorrem deste fenómeno. É de salientar o progressivo alargamento do topo e estreitamento da base na pirâmide de idades. Deste modo, os idosos constituem a população em que o aumento será mais significativo, dado que o envelhecimento populacional se encontra associado a um decréscimo do índice de natalidade e a um aumento da esperança de vida (Fonseca, Nunes, Teles, Martins, Paúl, & Castro-Caldas, 2009; Paúl, 2005, *in* Borralho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010).

A nível nacional, os dados relativos aos Censos de 2011 (INE, 2011) corroboram o envelhecimento populacional e a conseqüente redução da população jovem, sendo que cerca de 15% da população se encontra representada pelo grupo etário mais jovem (dos 0 aos 14 anos) e **cerca de 19% da população possui 65 ou mais anos**. Entre 2001 e 2011 observou-se um decréscimo da população jovem (5,1%) enquanto a população idosa

(com 65 anos ou mais) aumentou em cerca de 19,4%, o que contrasta com os 8% de proporção da população com 65 ou mais anos, observados em 1960.

Relativamente à distribuição da população por **género**, verificou-se que, nos grupos etários mais jovens (até aos 24 anos) predominam os homens (13,1%) em relação às mulheres (12,6%), ao contrário do que acontece nos grupos etários de idades mais avançadas (65 anos ou mais), onde predominam as mulheres (11%) comparativamente aos homens (8%). Estes resultados podem ser explicados através do decréscimo da **relação de masculinidade**¹ (72,4) observada nos Censos 2011, numa população com 65 anos ou mais.

Assim, a sobremortalidade e a menor esperança de vida à nascença da população masculina comparativamente às mulheres explicitam os presentes resultados.

O **Índice de Dependência de Idosos**, que se define como a relação entre o número de idosos (com 65 ou mais anos) e a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) também reflete o perfil demográfico do país, dado que sofreu um aumento de aproximadamente 21% na última década. (INE,2011).

Já o **Índice de Envelhecimento**² - expresso geralmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos -, sugere um predomínio acentuado da população idosa sobre a população jovem. Nos últimos Censos efetuados, o Índice de Envelhecimento correspondente a 129 indica que Portugal tem atualmente mais população idosa do que população jovem (INE, 2011).

Uma consequência deste fenómeno são as alterações familiares. Os resultados dos Censos sugerem que, entre 2001 e 2011, houve um aumento de 10,8% no número de **famílias clássicas**³, ainda que as famílias da atualidade sejam menos numerosas. Ao longo das últimas décadas, as famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão. Em 2011, as

¹ A Relação de Masculinidade diz respeito à relação entre a população residente do sexo masculino sobre a população residente do sexo feminino, multiplicando por 100 (INE, 2011).

² Relação entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos) (INE,2011).

³ Conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que possuem relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Também se pode considerar como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento (INE, 2011).

famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5% comparativamente ao ano de 2001, em que esse valor era de 9,5%. Em contrapartida, houve um progressivo aumento das famílias de menor dimensão, com 1 pessoa e 2 pessoas, cuja representação é em 2011 de, respetivamente, 21,4% e 31,6% (INE, 2011).

Relativamente às **famílias institucionais**⁴, observou-se que também aumentaram acentuadamente na última década, em aproximadamente 24,7%, o que corresponde ao crescimento do número de instituições dispostas a responder às necessidades crescentes de uma população cada vez mais envelhecida (INE, 2011).

Devido a estas alterações que advém do envelhecimento populacional torna-se cada vez mais necessário refletir acerca do modo como agimos na relação com os idosos, especificamente em contexto institucional e comunitário.

2. Qualidade de Vida

Atualmente, a conceptualização da *Qualidade de Vida* (QdV) é complexa, uma vez que existem várias definições, o termo é vulgarmente utilizado em múltiplos contextos, com diferentes aceções, e abrange diversos domínios. (Bowling, Banister, & Sutton, 2002, *in* Fonseca et al., 2009; Sardinha, 2008).

Neste sentido, vários autores têm enfatizado a importância de definir consensual e operacionalmente este constructo (Sardinha, 2008).

Herman (1993, *in* Dinis, 1997) considera que esta popularidade do conceito dificulta a conceptualização do estudo da qualidade de vida, dada a frequência com que o termo é desadequadamente utilizado em diversos contextos, sendo que também não é adequadamente clarificado. Assim sendo, a diversidade de definições relativas à Qualidade de Vida varia consoante os autores, e podem incluir inúmeras variáveis (e.g., sociais, económicas, ambientais, culturais, éticas, e ainda de saúde).

Todavia, de acordo com Diener e Suh (1997, *in* Sardinha, 2008), a preocupação com os aspetos relativos à qualidade de vida dos idosos tem vindo a aumentar proporcionalmente ao envelhecimento populacional.

⁴ Pessoas que residem em alojamento coletivo, beneficiando dos objetivos de uma determinada instituição, sob uma disciplina comum e governados por uma entidade, independentemente da relação de parentesco entre si (INE,2011).

Tal como referido anteriormente, o estudo da QdV tem vindo a permitir um progressivo consenso geral, considerando que a qualidade de vida consiste numa experiência multidimensional, subjetiva e pessoal, englobando dimensões de ordem física, psicológica, social e espiritual (Clipp, 2001, *in* Sardinha, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de Qualidade de Vida pode ser definido como “*a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais se encontra inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, p.28, *in* Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

Deste modo, a conceptualização de Qualidade de Vida integra a influência da saúde em termos físicos e psicológicos, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com as características relevantes do meio, como sendo importantes na avaliação subjetiva da qualidade de vida do indivíduo (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998, *in* Canavarro et al., 2010).

No entanto, segundo Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005, *in* Fonseca et al., 2009) a Qualidade de Vida acaba por ser frequentemente considerada como um efeito que advém unicamente do estado de saúde físico do indivíduo, o que contribui para uma certa confusão em torno do constructo, em termos da sua especificidade (Fonseca et al., 2009).

O debate acerca do impacto do estado de saúde na qualidade de vida está associado à velhice que, embora não tenha de ser considerada como uma situação de efetiva vulnerabilidade, dado que os idosos de hoje são mais saudáveis comparativamente aos idosos de gerações anteriores, constitui uma fase desenvolvimental em que se verifica uma probabilidade acrescida de ocorrência de patologias, evidenciando portanto uma potencial vulnerabilidade, sobretudo nas pessoas de idade mais avançada. Assim, não é exequível proceder-se à minimização da variável *saúde* na população idosa, daí que o Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas postule que “*uma boa saúde é essencial para que as pessoas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade*” (Rothermund & Brandstadter, 2003, *in* Fonseca et al., 2009; Ministério da Saúde, 2004, *in* Fonseca et al., 2009).

Silva e colaboradores (2012, *in* Jantsch, Machado, Behar, & Lima, 2012) defendem também que a qualidade de vida em idosos compreende a preservação da saúde em termos físicos, sociais, psíquicos e espirituais.

No entanto, é pertinente evidenciar a perspectiva subjetiva dos idosos face à temática da QdV, analisada através do estudo de Vilar e colaboradores (2014), com grupos focais constituídos por profissionais, cuidadores e idosos da comunidade e em contexto institucional. Neste estudo, as facetas mais frequentemente mencionadas pelos idosos foram a *Qualidade de Vida e a saúde geral* e, mais especificamente, os domínios *Relações sociais* (pessoais/familiares), *Ambiente* (salientando os cuidados de saúde e sociais/de lazer), *Psicológico* (sentimentos positivos), *Aspetos relativos à Espiritualidade* (crenças pessoais, religião) e, ainda, *Nível de independência* (em termos de atividades de vida diária).

De um modo geral, o estudo engloba a diferenciação da perceção de QdV a partir de três variáveis: **idade, estado de saúde e condição atual**. Na primeira, verifica-se que os *aspetos relacionais e psicológicos* parecem ser mais valorizados pelos idosos de “60-80 anos”, enquanto os idosos com “mais de 80 anos” valorizam os aspetos relativos ao *Ambiente*, ainda que também façam referência ao *suporte familiar* e a *aspetos psicológicos*. Na segunda, a *dimensão relacional* é valorizada pelos idosos que se percecionam como *saudáveis*, enquanto a *dimensão independência/capacidade funcional* é mais valorizada pelos idosos que se percecionam como *doentes*. Na última variável, enquanto os idosos em *comunidade* valorizam, maioritariamente, aspetos associados à *saúde* e sublinham a importância das *relações sociais* (e.g. familiares), os idosos *institucionalizados* valorizam as dimensões relativas às *relações sociais*, ao *ambiente* (e.g., estar em casa), à *capacidade funcional* (e.g. mobilidade) e à *autonomia* (e.g. ser escutado e respeitado na tomada de decisões).

No mesmo estudo, as facetas do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida em idosos (WHOQOL-OLD) [posteriormente explicitado] mencionadas com menor frequência foram as facetas *Funcionamento Sensorial* e *Morte e morrer*, ao contrário da faceta *Autonomia*, reportada maioritariamente por idosos e cuidadores.

Esta última assume uma importância acrescida na perceção da QdV dos idosos, dado que surge habitualmente associada à liberdade e ao respeito

por parte dos outros e à dimensão relacional, uma vez que avalia a capacidade de viver de forma autónoma e tomar decisões. Constitui uma faceta importante nos casos em que o nível de independência funcional dos idosos se encontra mais afetado, visto que o apoio social e os cuidados de saúde assumem extrema importância nestas situações específicas.

Apesar de os idosos terem dado pouco ênfase às facetas *Funcionamento sensorial e Morte e morrer*, salientam, respetivamente, que as perdas sensoriais afetam negativamente os níveis de independência (em termos relacionais e de participação social) e que a preocupação com a morte dos seus entes queridos influencia a sua QdV, sendo relevante ressaltar a desvalorização desta temática, bem como a forma como a mesma é encarada pelos idosos (e.g. aceitação da morte), quando se reporta à própria morte.

A faceta *Participação Social* encontra-se fortemente relacionada com os domínios *Físico* (e.g. energia), *Relações sociais* (interação entre pares) e *Psicológico* (e.g. sentimentos positivos, aprendizagem, memória).

Na faceta *Atividades passadas, presentes e futuras*, a valorização do reconhecimento por parte dos outros foi o aspeto mais destacado.

A faceta *Intimidade* foi, de maneira geral, desvalorizada devido à viuvez, condição comum na amostra recrutada no estudo supracitado, ainda que a maioria dos idosos tenha sublinhado a importância das relações familiares para a QdV. Estas últimas influenciam positivamente a QdV na medida em que se encontram associadas a sentimentos positivos quando os familiares estão presentes e disponíveis para prestar apoio. Pelo contrário, segundo os autores Turagabeci, Nakamura, Kizuki e Takano (2007, *in* Vilar et al., 2014), um fator que influencia negativamente a QdV é a ausência de pessoas próximas que prestem suporte aos idosos (Vilar et al., 2014).

Ainda é de salientar a dimensão *Ambiente*, no caso específico dos **idosos institucionalizados**, dada a importância que assume na QdV em termos sociais e relacionais. No ambiente de institucionalização, os idosos experienciam frequentemente acontecimentos de vida indutores de *stress* devido à perda da sua casa e/ou perdas do foro relacional (Drageset, Nygaard, Eide, Bondevik, Nortvedt & Natvig, 2008; Leung, Wu, Lue, & Tang, 2004, *in* Vilar et al., 2014).

Adicionalmente, possuem uma menor autonomia, no que respeita à liberdade de tomada de decisões e à independência em termos de

mobilidade, visto que muitos se encontram em condições de mobilidade condicionada (e.g., deslocação através de cadeiras de rodas).

Assim sendo, o autor Ward (1980), referido no estudo de Vilar et al. (2014), considera a *qualidade do ambiente* como um fator determinante na QdV dos idosos institucionalizados. Ainda neste contexto, Loidl-Keil e Hohn (2006, *in* Vilar et al., 2014) consideram que a QdV se encontra relacionada com a conjuntura social e ainda com a religião, encarada pelos idosos como um fator positivo e de resiliência⁵ (Vilar et al., 2014).

De um modo geral, no estudo realizado por Vilar et al. (2014), as dimensões mais influentes na QdV mencionadas pelos adultos idosos foram a *Saúde*, as *Relações Sociais* e os aspetos associados à *Autonomia*.

No mesmo estudo, os domínios *Ambiente*, *Relações sociais e Psicológico* (e.g., sentimentos positivos, otimismo) constituem-se como fatores determinantes na QdV, pois uma diminuição da participação social detém um impacto negativo a nível social e individual, conduzindo a um conseqüente decréscimo na satisfação consigo próprio e com a vida, o que influencia negativamente a QdV (Levasseur, Desrosiers, & Tribble, 2008, *in* Vilar et al., 2014).

De acordo com Perez, Fernandez e Rivera (2001, *in* Sardinha, 2008), a qualidade de vida engloba *aspetos subjetivos*, na medida em que a mesma é avaliada pelo próprio indivíduo e, *aspetos objetivos*, a partir dos quais o indivíduo fornece a sua opinião. Para os autores mencionados, o principal objetivo da qualidade de vida centra-se no balanço entre as necessidades e exigências da população e a avaliação pessoal associada ao nível de satisfação dessas mesmas necessidades e exigências (Sardinha, 2008).

Assim sendo, as três principais características da qualidade de vida a destacar são: a **subjetividade**, a **multidimensionalidade** e a **bipolaridade** (possuindo dimensões positivas e negativas, por exemplo, como a autonomia e dependência) (WHOQOL, 1995, *in* Sardinha, 2008).

Para concluir, saliente-se a afirmação de Fonseca et al. (2009), de que o desafio “*não é já dar mais anos à vida mas mais vida aos anos*”, proporcionando deste modo uma melhoria na qualidade de vida das pessoas

⁵ Segundo Yunes (2003), o conceito de resiliência encontra-se habitualmente associado a processos que respeitam à “superação” de adversidades em indivíduos, grupos e organizações (Yunes & Szymanski, 2001; Yunes, 2001; Tavares, 2001, *in* Yunes, 2003).

idosas (Fonseca et al., 2009).

2.1 Avaliação da Qualidade de Vida

A complexidade de delimitação a nível conceptual do termo qualidade de vida (QdV) aliada à carência de instrumentos de avaliação que englobassem perspetivas transculturais e a valorização da perceção subjetiva do próprio sujeito contribuiu para a constituição do grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group/*World Health Organization Quality of Life Group*), fundado no ano de 1991, que se propôs debater o constructo de forma a proceder à elaboração de medidas válidas e fiáveis (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes, & Lima, 2010; Canavarro et al., 2010).

Primeiramente, considerando a pertinência da precisão conceptual do constructo, bem como da sua multidimensionalidade, foram construídos os instrumentos genéricos de avaliação de QdV: o WHOQOL-100 (versão longa) e, posteriormente, o WHOQOL-Bref (versão abreviada). [validados para a população portuguesa]⁶.

Procedendo a uma breve descrição dos instrumentos acima mencionados, é de referir que o primeiro a ser desenvolvido pelo WHOQOL Group foi o WHOQOL-100, como uma medida genérica que engloba seis domínios específicos: *Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade*. Estes domínios integram (em número diferenciado) um total de 24 facetas específicas, sendo que cada uma destas é avaliada por quatro questões. Complementarmente, abarca ainda uma faceta geral, que pretende avaliar a perceção geral de saúde e a satisfação global com a QdV (4 itens). É relevante referir que uma nova faceta - FP25 (Poder Político) - foi acrescentada na versão portuguesa do mesmo instrumento, comparativamente à versão original (Rijo et al., 2006, in Canavarro et al., 2010).

O segundo instrumento desenvolvido pelo grupo acima supracitado foi o WHOQOL-Bref. É uma versão breve do WHOQOL-100, constituído por um total de 26 itens, representativos de quatro domínios - *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*. Cada uma das 24 facetas

⁶ Ver estudos portugueses de Canavarro et al., 2006, 2009; Vaz Serra et al., 2006a, 2006b.

específicas é avaliada através de uma única questão/um item. Engloba ainda a faceta respeitante à saúde e QdV geral, sendo esta avaliada através de dois itens (qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde) (Canavarro et al., 2010).

Não obstante terem sido incluídos participantes idosos nas amostras de desenvolvimento das medidas genéricas, foi necessário considerar as suas especificidades e representatividade para efeitos de validação dos instrumentos nesse grupo populacional. Atendendo não só ao progressivo fenómeno de envelhecimento populacional e ao conseqüente aumento da esperança média de vida e da longevidade, como também às conseqüências que este fenómeno acarreta em termos sociais, económicos, éticos e de saúde, foi fundado, no ano de 1999, o Projeto WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life – Old Module*). O Projeto foi implementado com vista a proceder à adaptação das medidas genéricas de QdV para a população idosa e, adicionalmente, considerar a possibilidade de elaborar um módulo adicional de avaliação de QdV, que contemplasse dimensões não incluídas nas medidas genéricas e que se revelassem importantes, em termos de QdV, para os adultos idosos. Este módulo adicional foi conceptualizado como complementar dos instrumentos genéricos acima mencionados (Power, 2003; Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group, 2004; WHOQOL Group, 1995, in Vilar et al., 2010).

Foi, assim, desenvolvido o instrumento de avaliação de QdV em idosos - o WHOQOL-OLD -, composto na versão original por seis facetas específicas: *Funcionamento sensorial*⁷, *Autonomia*⁸, *Atividades passadas, presentes e futuras*⁹, *Participação social*¹⁰, *Morte e morrer*¹¹ e *Intimidade*¹². O instrumento abarca 24 itens no total (4 itens por faceta), com escala de

⁷ Este domínio pretende avaliar o funcionamento sensorial dos idosos, mais especificamente, o impacto que a perda das capacidades a este nível possui na interação e na participação em atividades (Vilar et al., 2010).

⁸ Domínio que avalia a tomada de decisões e a capacidade dos idosos viverem de forma autónoma (Vilar et al., 2010).

⁹ Domínio que avalia a satisfação dos idosos relativamente a objetivos de vida alcançados e projetos a realizar (Vilar et al., 2010).

¹⁰ Domínio que avalia a participação dos idosos em atividades quotidianas e/ou na comunidade (Vilar et al., 2010).

¹¹ O presente domínio avalia receios e preocupações dos idosos relativos à morte e morrer (Vilar et al., 2010).

¹² Domínio que avalia a capacidade dos idosos manterem relacionamentos pessoais e íntimos. (Vilar et al., 2010)

resposta tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 a 5). Possibilita obter não só um resultado por faceta, como também um resultado geral, através dos quais se poderá analisar, quantitativamente, o constructo QdV. Assim sendo, uma qualidade de vida mais elevada corresponde a valores mais elevados no WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2010; Vilar et al., 2014).

Diversos autores apontam que o WHOQOL-OLD possui boas propriedades psicométricas (Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt, & Power, 2008; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; Power et al., 2005, *in* Vilar et al., 2014) e é um instrumento de referência na avaliação da QdV de adultos idosos.

Na sequência dos estudos portugueses de validação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Bref, foi implementado o processo de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa (Vilar et al., 2010, *in* Vilar et al., 2014).

De acordo com o estudo efetuado por Vilar et al. (2014), a hipótese de acréscimo de uma nova faceta (*Família/Vida familiar*) no WHOQOL-OLD português revelou-se pertinente e culturalmente relevante, uma vez que através de este estudo se observou a importância que o apoio, reconhecimento demonstrado pela família e proximidade com o idoso detêm na perceção de qualidade de vida dos mesmos (Vilar et al., 2014). Nesse sentido, a versão portuguesa do WHOQOL-OLD integra uma nova faceta (num total de 28 itens). A faceta *Família/Vida familiar* avalia a satisfação com as relações, o suporte, o tempo de contacto e o sentimento de valor dado pela família. No geral, dos resultados do estudo português conclui-se pela robustez psicométrica do instrumento, com a nova faceta *Família/Vida familiar* a representar uma dimensão importante para a avaliação da QdV de adultos idosos portugueses (Vilar, 2015).

3. Abuso de pessoas de idade avançada

O aumento da esperança média de vida e o conseqüente crescimento da população idosa, em conjunto com o progressivo envolvimento das mulheres no mercado de trabalho, alteraram em larga medida os padrões estruturais relativos à sociedade, em termos demográficos, familiares, económicos, sociais e psicológicos. Estas modificações têm conduzido a um decréscimo na disponibilidade que a família concede em termos de apoio ao

idoso, o que conseqüentemente contribui para a ocorrência (probabilidade acrescida) de situações de abuso sobre a população idosa (Ferreira, Vieira, & Firmino, 2006).

Ainda que a realidade relativa ao abuso em idosos constitua, maioritariamente, uma preocupação em termos sociais e éticos, importa referir que, segundo Ferreira e colaboradores (2006), a temática do abuso foi abordada com maior ênfase, a nível científico, a partir da segunda metade dos anos 70 (Ferreira et al., 2006).

Habitualmente, a população em geral encontra-se bastante ciente no que respeita ao fenómeno dos maus-tratos em populações infantis ou adultos jovens, inversamente ao que se sucede com a mesma problemática em pessoas idosas, uma vez que a violência e negligência exercidas contra os idosos por parte dos seus cuidadores carecem de reconhecimento e de medidas eficazes de atuação (Ferreira-Alves, 2004).

O abuso contra idosos constitui uma preocupação em termos de saúde pública e de direitos humanos, devido ao seu progressivo aumento, acompanhando, como referido, o fenómeno de envelhecimento demográfico observado a nível mundial (Ferreira-Alves, 2004).

Pode ser cometido por diversas entidades/pessoas, desde a família e cuidadores, até à sociedade e às instituições que prestam cuidados de saúde aos idosos (Ferreira et al., 2006).

Em termos de abusos perpetrados nos serviços de saúde, observamos em situações de internamento diversos tipos de abuso, como imobilizações forçadas dos idosos às camas ou sobredosagem medicamentosa, com o intuito de evitar “dar trabalho” ao profissional de saúde, uma vez que o idoso se encontra sedado e, assim, “controlado” nos seus comportamentos (Ferreira et al., 2006).

A sociedade, por si só, revela uma acentuada insustentabilidade em termos de suporte à pessoa idosa ao nível do abuso, pois caracteriza-se por uma escassa planificação de estratégias que façam face a esta problemática, deixando as pessoas idosas desprotegidas. Para além deste aspeto, os mitos enraizados na sociedade (e.g., “os idosos são adultos mais velhos que não trabalham e que devem estar em casa a aguardar a sua morte”) contribuem para um sentimento de desvalorização e uma decrescente proteção desta população (Ferreira et al., 2006).

Assim sendo, com o gradual envelhecimento da população torna-se cada vez mais necessário prestar uma maior atenção às questões que afetam a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos idosos, visto que o abuso se encontra associado a uma diminuição da qualidade de vida e a um aumento das taxas de morbidade e mortalidade (Ferreira et al, 2006).

De acordo com Momtaz, Hamid e Ibrahim (2013), inúmeros estudos internacionais estimam que entre 1-5% das pessoas idosas da comunidade com 65 anos ou mais sofrem de alguma forma de abuso ou estão em risco de a sofrer.

3.1 Conceito de Abuso

Após o crescente interesse da comunidade científica por esta temática, foram propostas algumas definições relativas ao abuso sobre os idosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, *in* Momtaz et al., 2013), o abuso em idosos pode ser definido como o *“ato único ou repetido, ou a falta de medidas adequadas, que ocorrem dentro de qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança, o que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”* (Momtaz et al., 2013, p.182).

De acordo com Dias (2014, p.262), apesar da diversidade conceptual existente quando se aborda esta temática, o conceito de abuso comporta *“um comportamento destrutivo, dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência (única ou regular) não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos”*. A mesma autora considera que o presente conceito integra várias categorias de maus-tratos direcionados aos idosos, nomeadamente, o abuso físico, psicológico, material e a negligência.

O abuso físico define-se como a prática de injúria ou coerção física (que pode causar lesões físicas ou psicológicas observáveis). O abuso psicológico diz respeito a situações de angústia e sofrimento mental, na medida em que o idoso pode ser sujeito a agressões verbais, ameaças, infantilização, desrespeito pela sua intimidade e pelos seus pertences, desconsideração das suas necessidades e desejos, o que conseqüentemente conduz a um sentimento de medo, apatia e dificuldade em tomar decisões por parte do idoso que experienciará uma redução de dignidade e autoestima (Dias, 2014).

Ainda segundo a mesma autora, o abuso material diz respeito à exploração financeira, dado que o idoso pode estar sujeito a uma utilização abusiva e ilegal dos seus recursos, que pode consistir na apropriação inadequada dos seus bens, na alteração do seu testamento ou na negação de acesso aos seus próprios recursos. Por fim, a negligência pode ser considerada ativa ou passiva, sendo que a primeira se define como a recusa ou fracasso intencional em relação aos cuidados prestados à pessoa idosa (negação propositada de higienização, alimentação e saúde) e a segunda distingue-se da primeira pois não é consciente e deliberada (Dias, 2014).

O Departamento de Saúde do Reino Unido considerou o abuso em idosos como “...o abuso físico, emocional ou psicológico feito na pessoa idosa por um cuidador (familiar ou não)” (Ferreira et al., 2006).

Outra definição formulada pela Associação do Reino Unido (Action on Elder Abuse, in Ferreira et al., 2006) define abuso em idosos como “...o acto simples ou repetido ou a ausência de uma acção apropriada ocorrida num relacionamento de confiança que prejudique ou provoque angústia e sensação de perigo numa pessoa idosa”.

O conjunto de propostas de definições e identificação do abuso possibilitam uma identificação lícita dos maus-tratos com o intuito de defender as vítimas e proceder à penalização dos abusadores (Ferreira-Alves, 2004).

Segundo o Comité Nacional de abuso de idosos dos Estados Unidos da América (National Center on Elder Abuse, 1998, in Ferreira-Alves, 2004) a concetualização do abuso contra idosos pode ser discriminada através de sete tipologias de abuso: (a) **abuso físico**, que respeita à utilização premeditada de força física, resultando em ferimentos corporais, dor física ou incapacidade, sendo que nesta categoria podem estar representadas, de acordo com Anetzberger e Nagpaul (2001, in Ferreira-Alves, 2004), várias exemplificações de abuso, tais como, as punições físicas (e.g., bater, empurrar, ameaçar com um objeto potencialmente perigoso, atacar ou ferir sexualmente) ou até a sub medicação¹³ ou sobre medicação¹⁴; (b) **abuso sexual**, designado pelo estabelecimento de contacto sexual sem consentimento por parte de uma pessoa idosa; (c) **abuso**

¹³ Medicação a menos fornecida ao idoso.

¹⁴ Medicação em excesso fornecida ao idoso.

emocional/psicológico, que pode ser infligido através de via verbal ou não verbal, provocando angústia, dor ou aflição no idoso, sendo que nesta tipologia se enquadram, segundo Anetzberger e Nagpaul (2001, *in* Ferreira-Alves, 2004), a humilhação, as ameaças, a infantilização, a perseguição, o insulto, entre outros; (d) **exploração material ou financeira**, que diz respeito à utilização ilegal ou não apropriada de propriedades e/ou bens do idoso, na qual se inserem exemplos como, a utilização, venda ou transferência monetária de propriedades e/ou bens sem o consentimento do idoso ou, ainda, quantias monetárias retiradas das contas bancárias do mesmo sem que consinta tal ato; (e) **abandono**, como uma conduta de deserção efetuada por parte de um indivíduo que detinha não só a custódia física da pessoa idosa como também a responsabilidade de lhe facultar cuidados; (f) **negligência**, designada pela ineficiência e recusa na satisfação das necessidades, obrigações ou deveres para com o idoso que, segundo os autores Anetzberger e Nagpaul (2001, *in* Ferreira-Alves, 2004), é passível de assumir formas como a negação do cuidado e supervisão apropriados, isolamento do idoso, ausência de cobertura adequada e vestuário inapropriado relativamente às condições ambientais do contexto onde o idoso se insere; e (g) **autonegligência**, que respeita a comportamentos do idoso suscetíveis de colocar em risco a sua própria saúde e/ou segurança (Ferreira-Alves, 2004).

O *National Elder Abuse Incidence Study* (1998) verificou diversas particularidades inerentes ao abuso contra os idosos. Uma delas encontra-se relacionada com as tipologias de abuso ocorridas com maior frequência, sendo que a negligência se situa no topo com uma taxa de 48,7%, seguindo-se o abuso psicológico (35,5%), o abuso financeiro (30,2%) e, por fim, o abuso físico (25,6%). Este estudo ainda concluiu que as pessoas que praticam abusos contra idosos são maioritariamente os seus filhos (47,3%), os cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e os netos (8,6%).

Ainda, é importante mencionar que este estudo refere que quase 90% dos casos de abuso e negligência são cometidos por um familiar do idoso (Ferreira-Alves, 2004).

Relativamente às situações de autonegligência, para além de serem perpetradas maioritariamente por pessoas idosas mentalmente comprometidas, passíveis de praticarem atos que colocam em risco a sua

saúde e segurança, ocorrem ainda em pessoas que se encontram habitualmente deprimidas ou fragilizadas.

No geral, a frequência dos abusos tende a aumentar com a progressão da faixa etária e, relativamente ao género, as mulheres representam a população mais vitimizada em todas as tipologias de abuso contra idosos (Ferreira et al., 2006).

É importante ressaltar que o abuso e os maus tratos são transgeracionais e não se constituem exclusivos de uma faixa etária, o que significa que existe uma probabilidade acrescida de uma criança abusada poder vir a ser um adulto abusador e/ou um idoso abusado (Ferreira et al., 2006).

3.2 Prevalência do Abuso

Apesar da inexistência de dados conclusivos acerca da quantificação e tipologia de abusos praticados contra os idosos a nível nacional, sabe-se que, em 2002, um relatório do Provedor de Justiça acerca da utilização da linha do cidadão idoso, relatou a ocorrência de 3273 chamadas telefónicas, das quais 132 indiciavam situações de abandono de idosos e outras 105 foram categorizadas de “solidão”. No entanto, o presente relatório não permite identificar as diversas situações de abuso com clareza e exatidão, o que seria extremamente importante para uma posterior e eficaz atuação (Ferreira-Alves, 2004).

Assim, Portugal constitui-se como um dos países europeus que não detém estudos acerca da prevalência deste fenómeno (Ferreira-Alves, 2004).

As dificuldades inerentes à quantificação da incidência e prevalência desta problemática devem-se a diversas razões, tais como, a negação ou menorização da gravidade da situação por parte do agressor e/ou da vítima de abuso, a vergonha por parte dos idosos em expor a situação de abuso, uma vez que muitos casos de abuso são perpetrados por familiares próximos, tal como foi referido anteriormente. A **nível institucional**, torna-se ainda mais difícil quantificar o abuso em idosos, não apenas devido à limitação de acesso às instituições onde os idosos residem, como à crescente tendência por parte dos profissionais de saúde em desvalorizar ou minimizar as queixas dos idosos.

Segundo o *The National Elder Abuse Incidence Study* (1998, in Ferreira-Alves, 2004) – em 1996 verificaram-se 450 000 novos casos de

abuso. Considerando que a população de idosos, com 60 anos ou mais, dos Estados Unidos se situa entre 44 milhões de pessoas, a taxa de incidência do abuso seria de apenas 1,3%, uma vez que apenas uma pequena percentagem de casos de abuso são reportados. Este fato pode ser corroborado pela *Teoria do Iceberg* que postula 3 níveis de visibilidade do abuso: o que é visível (abuso reportado), o que é identificado mas não reportado e o que não é reportado nem identificado (Ferreira-Alves, 2004).

Estamos desta forma perante um problema de subreferenciação do abuso, na medida em que a *Associação Americana de Psicologia* (1999, in Ferreira Alves, 2004) menciona que, por cada caso de abuso reportado às autoridades, existem cinco casos não reportados ou não identificados. Segundo Kosberg (1988, in Paixão Jr. & Reicheneim, 2006), este fenómeno de subnotificação encontra-se frequentemente associado à solidão/isolamento, bem como se relaciona com a tendência dos idosos em não mencionarem as suas adversidades (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

De acordo com uma investigação efetuada por Pillemer e Finkelhor (1988, in Ferreira-Alves, 2004), com vista à deteção de casos de abuso através de entrevistas telefónicas, apenas um em cada catorze casos de abuso eram notificados. Todavia, a tendência verificada por Zinn (2002) é de um aumento de casos de abuso relatados (Ferreira-Alves, 2004).

Pillemer e Finkelhor (1988) realizaram um estudo em Boston, no qual verificaram que a prevalência de abuso numa amostra de 2020 idosos se situava nos 2% para abuso físico, 1% para agressão verbal e 0,4% para negligência (Ferreira-Alves, 2004).

Alguns estudos norte-americanos e europeus referem que a prevalência do fenómeno de abuso em países como o Canadá, os EUA, a Finlândia e o Reino Unido, se situa entre os 3,5% e os 5,4% (Pillemer & Finkelhor, 1988; Podnieks & Pillemer, 1990; Kivela, Kongas-Saviaro, Kesti et al., 1992; Ogg, 1992, in Ferreira-Alves, 2004).

Estima-se que, nos EUA, existirão cerca de 2 milhões de idosos a sofrer de algum tipo de abuso por ano.

De acordo com o estudo de Ogg e Bennett (1992), a prevalência de abuso no Reino Unido situa-se em 5,6% para o abuso verbal, 1,7% para o abuso físico e 1,5% para o abuso financeiro (Ferreira Alves, 2004).

Em New Jersey, Gioglio e Blakemore (1982, in Ferreira-Alves, 2004)

selecionaram uma amostra de idosos de forma aleatória, através da qual observaram que apenas 1% eram vítimas de abuso (Ferreira-Alves, 2004).

O Estudo de Idosos de Amsterdão, efetuado na Holanda, defende que 5,6% de pessoas com 65 anos ou mais relataram o abuso sucedido durante o período de um ano, sendo que a 3,2% corresponde a agressão verbal, a 1,2% corresponde a agressão física, a 1,4% diz respeito a abuso financeiro e a 0,2% corresponde a negligência (Comijs, Pot, Smit et al., 1998, *in* Ferreira-Alves, 2004).

Na Finlândia, a prevalência estimada de abuso institucional e em comunidade foi de 6,7%, em pessoas com 65 ou mais anos (Kivela et al., 1992, *in* Ferreira-Alves, 2004).

Um estudo efetuado na Itália, Irlanda e Reino Unido, com uma amostra de 150 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, veio demonstrar que 23% das mulheres experienciaram algum tipo de abuso, na medida em que as vítimas tendiam a aumentar proporcionalmente à idade (Ockleford, Barnes-Holmes, Morichelli et al., 2003, *in* Ferreira-Alves, 2004).

Yan e Tang (2001) postulam que a prevalência maioritária do abuso em Hong Kong diz respeito ao abuso verbal (21%), ao abuso físico (2%) e ao abuso social (4%) (Ferreira-Alves, 2004).

O estudo londrino realizado por Homer e Gillerad (1990) avaliou a prevalência de abuso por parte dos cuidadores e constatou que cerca de 45% dos cuidadores relatou algum tipo de abuso direcionado ao idoso (Ferreira-Alves, 2004).

Na Austrália, a prevalência de abuso em idosos foi obtida através de um estudo de revisão de registos de pacientes com mais de 65 anos que foram referenciados para um serviço geriátrico e de reabilitação, sendo que no mesmo local a taxa de ocorrência de abuso foi de 4,6% (Kurrle, Sadler, & Cameron, 1992, *in* Ferreira-Alves, 2004).

Nos EUA, as estatísticas acerca de abuso doméstico de idosos comprovam um aumento gradual de relatos inerentes a este fenómeno, a partir do ano de 1993 (Ferreira-Alves, 2004).

Um estudo efetuado por Vida, Monks e Rosiers (2002), no serviço de psiquiatria geriátrica de um hospital canadiano, demonstrou que a prevalência de abuso foi de 16%, sugerindo a ocorrência do fenómeno entre

os pacientes (Ferreira-Alves, 2004).

A subreferenciação dos casos de abuso encontra-se fortemente relacionada com as repercussões temidas pelas vítimas ao denunciarem o ato abusivo. De acordo com Quinn e Tomita (1997, *in* Ferreira-Alves, 2004), as consequências mais receadas pelas vítimas ao denunciarem o abuso são, a perda do cuidador (mesmo sendo o abusador), o isolamento, a institucionalização que pode advir da denúncia, perdas relativas aos relacionamentos familiares, recriminações por parte do abusador, exposição pública e posterior intervenção, dúvidas relativamente a acreditarem na denúncia e a auto responsabilização pelo comportamento abusivo (Ferreira-Alves, 2004).

Nos EUA, não reportar o abuso constitui um comportamento passível de ser punido pela justiça. A nível nacional, uma medida semelhante seria importante de adotar não só para uma melhor obtenção/descrição estatística de dados, como também para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno, com vista a uma gradual diminuição deste tipo de comportamento (Ferreira-Alves, 2004).

Em suma, a principal vantagem consistiria no decréscimo e, conseqüentemente, no cessar do comportamento abusivo.

3.3 Abuso Institucional

Atualmente, observa-se uma limitada acessibilidade aos dados relativos ao abuso em instituições. No entanto, segundo Dias (2014) o abuso de idosos constitui uma realidade que “*ultrapassa as paredes da casa onde a pessoa vive*”, sendo também praticada por “*estranhos*”. Deste modo, o abuso institucional compreende os maus-tratos suscetíveis de ocorrerem nos lares e centros de apoio e acolhimento de pessoas idosas. A institucionalização do idoso pode constituir um risco acentuado de abuso ao idoso devido à situação de dependência e debilidade física em que a maioria se encontra.

Contudo, é necessário que os idosos institucionalizados possuam conhecimento acerca dos direitos legais que detém, para que estas situações de abuso possam ser devidamente comunicadas aos órgãos responsáveis pela justiça, o que não se verifica. Pelo contrário, Pollack (1995, *in* Dias, 2014), através da sua análise sobre os maus tratos em idosos, realizada nos EUA entre 1981 e 1993, revelou que apenas 10 destes casos seguiram para

juízo, o que demonstra uma subnotificação deste tipo de abuso, dado que a estimativa de ocorrência do mesmo neste país se situa entre 1% e 10% da população idosa. As razões que este autor aponta para esta subreportação de abuso por parte dos idosos institucionalizados estão relacionadas com o fato de os idosos temerem a exposição inerente a uma ação legal contra o agressor, com a falta de conhecimentos dos seus direitos legais e com o esforço que a denúncia exige. Ainda assim, verifica-se que os próprios profissionais de saúde desconhecem as leis protetoras dos idosos relativamente à violência de que são vítimas (Dias, 2014).

Dentre os maus tratos perpetrados sobre os idosos, os mais frequentemente praticados em contexto institucional são: (a) a existência de restrições excessivas; (b) a sub ou sobre medicação; (c) a agressão verbal; e (d) o abuso material ou financeiro.

Para além destes aspetos, nas instituições, os idosos podem ainda ser vítimas de processos de infantilização¹⁵, de despersonalização¹⁶, de desumanização¹⁷ e de vitimação¹⁸.

Ainda assim, é relevante sublinhar que os tipos de abuso e a frequência dos mesmos dependem maioritariamente das instituições e dos profissionais que nelas trabalham (Dias, 2014).

Através de um estudo efetuado nos EUA, foi possível verificar a existência de diversos tipos de abuso praticados em instituições geriátricas. Segundo o relatório da United Nations (2002, *in* Ferreira-Alves, 2004), 36% dos profissionais de enfermagem havia testemunhado um incidente de abuso físico, 10% referiram ter cometido pelo menos um ato de abuso físico, 81% haviam observado um incidente de abuso psicológico e 40% afirmaram ter abusado verbalmente de um residente, no último ano (Ferreira-Alves, 2004).

Em contexto institucional, alguns lares tendem a promover um comportamento de dependência entre os idosos, na medida em que não lhes proporcionam oportunidades para cuidar de si próprios e assumir determinadas responsabilidades. Estas questões podem estar relacionadas com a sobrelotação destas instituições, o que conduz a uma ineficácia da qualidade de serviços prestados aos idosos e, ainda, a um crescente número

¹⁵ Consiste em comparar o idoso a uma criança, tratando-o como irresponsável (Dias, 2014).

¹⁶ Desconsideração pelas necessidades individuais do idoso (Dias, 2014).

¹⁷ Ignorar o idoso e desrespeitar a sua privacidade (Dias, 2014).

¹⁸ Consiste na agressão da integridade física e moral do idoso (Dias, 2014).

de idosos ao cuidado de um só profissional, o que por si só agrava o risco da ocorrência de diversos tipos de abuso. O risco aumenta exponencialmente quando o estado de saúde do idoso está mais debilitado e o mesmo se encontra isolado da comunidade e da sua rede de suporte familiar (Dias, 2014).

A prática de abuso em contexto institucional tem efeitos nefastos para os idosos, visto que os mesmos tendem a experienciar sentimentos de culpabilização, isolamento, bem como, um decréscimo na sua autoestima. É passível também de surgirem depressões, perturbações de sono nestas pessoas sujeitas a abuso (Dias, 2014).

Segundo Dias (2014), o género constitui um fator predisponente para a prática do abuso institucional, uma vez que refere que as mulheres são mais frequentemente vítimas de abuso comparativamente aos homens (Dias, 2014).

Em Portugal, o recurso às instituições (e.g., lares, centros de apoio) é efetuado maioritariamente por mulheres idosas, sendo que estas possuem uma idade superior aos homens idosos. As principais razões que conduzem os idosos a procurar instituições são a falta de apoio familiar, a solidão, a diminuição ou perda de autonomia, o estado de saúde, as más condições de habitabilidade, a perda do cônjuge, os conflitos com a rede familiar, e a iniciativa própria (Dias, 2014).

As razões acima supracitadas podem ser compreendidas a partir das alterações familiares anteriormente referidas, dada a crescente tendência para a contração dos contextos familiares aptos a fornecer cuidados de saúde aos mais idosos, o que conduz a um certo isolamento geracional (dos mais velhos relativamente aos mais novos) na mesma família. Estas modificações na estrutura familiar em conjunto com o aumento da taxa de atividade feminina em Portugal sugerem que cada vez menos as famílias poderão continuar a auxiliar/apoiar os idosos, no sentido de lhes prestarem cuidados adequados (Dias, 2014).

Neste sentido, a institucionalização surge como um recurso cada vez mais necessário, ainda que por parte das famílias com dificuldades financeiras constitua a última opção a tomar.

À parte das situações em que o envelhecimento é experienciado de uma forma saudável e ativa, constatamos que o aumento das situações de

dependência dos idosos nas sociedades contemporâneas potencia o risco de abuso, especialmente em contexto institucional. Portanto, é crucial a implementação de estratégias de intervenção adequadas que atuem face a esta problemática (Dias, 2014).

Comparativamente aos EUA e à Grã-Bretanha, onde se verifica desde a década de oitenta do século XX um desenvolvimento e uma implementação de medidas legislativas e programas de apoio e proteção da população idosa vítima de práticas de abuso, em Portugal, existe apenas o *Plano Nacional contra a Violência Doméstica* que faz alusão à problemática da violência exercida pela família sobre os idosos. Todavia, este Plano não contém medidas dirigidas especificamente à população idosa. Isto é, as medidas englobadas pelo Plano abrangem vítimas consideradas como sendo particularmente mais vulneráveis à violência doméstica, tais como crianças, mulheres e idosos.

3.4 Indicadores de abuso e fatores de risco

Ferreira-Alves propôs um modelo capaz de servir de guião à avaliação do abuso na população idosa. Segundo o autor, esta avaliação deveria considerar momentos distintos embora complementares a uma visão holística do fenómeno em questão. Assim, seria importante o avaliador abranger várias opiniões e especialidades no aprofundamento de cada caso, envolvendo possibilidades de intervenção nas situações de abuso (Ferreira-Alves, 2004).

O modelo acima mencionado fundamenta-se em diversos fatores:

- 1) dificuldade de deteção do abuso emocional e financeiro através de mera observação.
- 2) coibição por parte da vítima em denunciar o abuso quando se encontra perante os seus familiares, devido ao receio relativamente ao abandono, à institucionalização e à possibilidade de serem responsabilizados pelo próprio abuso a que foram sujeitos.
- 3) dificuldade na deteção dos casos de abuso devido à não referenciação por parte da vítima e do abusador.

Habitualmente, a vítima não possui conhecimentos relativos aos apoios/recursos que se encontram ao seu dispor caso pretendesse denunciar a

situação abusiva. Portanto, é essencial ceder informações à vítima, especificamente ao nível dos recursos de que dispõe.

Apesar da subnotificação, a possibilidade de abuso deve ser considerada especialmente em idosos mais debilitados ou dependentes.

Para Reis (2000, *in* Ferreira-Alves, 2004), uma situação de abuso constitui um potencial risco quando se conjugam fatores como “*um idoso com pouco suporte social, que já foi abusado no passado*” com “*um cuidador problemático, com dificuldades de relacionamento*” (Ferreira-Alves, 2004, pp. 10).

O mesmo autor investigou a importância de diversos indicadores de abuso de acordo com variáveis respeitantes ao cuidador e variáveis respeitantes ao idoso. Deste modo, existem **três indicadores** que se encontram extremamente relacionados com o abuso, que dizem respeito ao cuidador: *problemas comportamentais, dependência financeira relativamente ao idoso e possuir dificuldades ou problemas de foro mental ou emocional*. O quarto e o quinto indicadores fortemente relacionados com o abuso dizem respeito ao idoso e referem-se ao facto de o mesmo ter *sofrido de abuso no passado ou possuir conflitos conjugais ou familiares* (Ferreira-Alves, 2004).

Por outro lado, Wolf (1998, *in* Ferreira-Alves, 2004) afirma que dois **fatores de risco** que poderão estar relacionados com o cuidador são a *dependência que o abusador detém da vítima e o estado psicológico do abusador*, que poderá estar comprometido devido ao consumo de substâncias ou doença mental. Relativamente aos fatores de risco associados ao idoso, a autora considera relevante o *estado físico e cognitivo* do idoso e o *isolamento social* da família como fatores que predis põem os idosos a circunstâncias de abuso (Ferreira-Alves, 2004).

De acordo com Hirsch (2001, *in* Ferreira-Alves, 2004), existem diversos sinais indicadores de abuso passíveis de identificar em circunstâncias de maus-tratos: (a) Cuidador que não visita o idoso; (b) Cuidador de um idoso com défices na cognição que falta a uma consulta; (c) Resistência ao responder a suspeitas de abuso; (d) Explicações vagas por parte do cuidador acerca de ferimentos do idoso; (e) Tensão ou indiferença do cuidador face ao idoso; (f) Ferimentos no idoso (antigos ou não documentados previamente, padronizados, fraturas, nariz ou dentes partidos,

entre outros sinais de abuso físico); (g) Ausência de óculos ou próteses dentárias e/ou auditivas.

Os **fatores de risco** a salientar para a ocorrência de abuso, segundo Hirsch (2001, *in* Ferreira-Alves, 2004) são o excesso de dependência que o idoso possui relativamente à pessoa que o auxilia na realização das atividades do quotidiano e o *stress* do cuidador, objetivado através da baixa qualidade do relacionamento idoso/cuidador, potencialmente causada por fatores externos como a depressão, o emprego, a família, entre outros. Para além dos dois fatores de risco mencionados, Hirsch considera ainda que os antecedentes de violência na família, a psicopatologia do cuidador (e.g., abuso de substâncias, hostilidade para com o idoso), a dependência do cuidador em relação ao idoso, em termos monetários, o contexto habitacional e a personalidade exigente do idoso também podem despoletar uma situação de abuso.

Por outro lado, Buttler (1999, *in* Ferreira-Alves, 2004) defende que o facto de o idoso viver com uma pessoa familiar constitui um fator de risco acrescido.

De acordo com o estudo de Cooney e Mortimer (1995, *in* Ferreira Alves, 2004), os cuidadores de um idoso que possua défices cognitivos incorrem mais nas práticas de abuso contra o idoso, verificando-se uma maior percentagem de abuso verbal, comparativamente ao abuso físico e/ou situações de negligência. Deste modo, a coabitação do cuidador com o idoso que se encontre em processo demencial constitui um fator de risco relevante.

Genericamente, e de acordo com os mesmos autores, é de destacar que uma pessoa com doença de Alzheimer tem 2,25 vezes mais probabilidade de ser vítima de abuso comparativamente a um idoso que viva em comunidade (Ferreira-Alves, 2004).

Neste mesmo estudo, os autores verificaram que os cuidadores que praticavam abuso físico eram cuidadores com um tempo de cuidado mais elevado do que os não abusadores. Por outro lado, os que praticavam abuso verbal contra o idoso percecionavam-se como socialmente mais isolados do que aqueles que não praticavam qualquer tipo de abuso (Ferreira-Alves, 2004).

É importante que o profissional de saúde esteja especialmente atento a possíveis situações de abuso, através de sinais que possam alertar para esta

problemática. Alguns sinais de alerta podem consistir em atrasos na procura de auxílio/tratamento, em relacionamentos conflituosos entre pessoas próximas do idoso e o próprio idoso, em lesões traumáticas evidenciáveis no idoso (e.g., fraturas, hematomas, queimaduras incomuns e em locais pouco habituais, entre outros), em sobredosagem ou subdosagem de medicamentos e, ainda, por sinais de negligência para com o idoso (e.g., desidratação, desnutrição, roupas inapropriadas, ausência de óculos ou de próteses auditivas ou dentárias, descuido na higiene pessoal, entre outros) ou por indicadores de ordem física ou psíquica (e.g., medo perante o cuidador, etc.) (Ferreira et al., 2006).

3.5 Avaliação do abuso em idosos

Um dos objetivos primordiais ao nível da abordagem clínica direcionada a adultos idosos centra-se na potenciação, recuperação e/ou manutenção da qualidade de vida desta população alvo, tanto em contexto comunitário como institucional (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

Dada a crescente preocupação dos profissionais de saúde com esta violência, torna-se imprescindível proceder à identificação de ocorrências de maus-tratos em idosos, bem como à elaboração de estratégias de intervenção eficientes de modo a fazer face a esta problemática (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

Para que a deteção de maus-tratos em idosos seja exequível é importante mencionar os instrumentos de avaliação de risco¹⁹ de abuso que habitualmente são mais utilizados, conforme a sua validade e eficácia, embora a identificação da violência em idosos se constitua como um processo relativamente recente (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

Dentre os inúmeros instrumentos de avaliação de risco de abuso existentes, os que detém, na generalidade, boas propriedades psicométricas são: o *Brief Abuse Screen for the Elderly* (BASE), o *Caregiver Abuse Screen* (CASE), o *Elder Abuse Assessment Tool* (EAI-FULMER), o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), o *Indicators of Abuse Screen* (IOA), o *QUALCARE Scale* (QUALCARE) e o *Vulnerability to*

¹⁹ Segundo Johnson, o termo *risco* é utilizado para designar “uma situação de violência potencial ou presente” (Johnson, 1991, in Paixão Jr. & Reichenheim, 2006).

Abuse Screening Scale (VASS) (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

Todavia, para a presente investigação, é de salientar apenas o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, que contém 15 itens de resposta dicotómica através dos quais é possível identificar suspeitas de abuso em idosos (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006; Santos & King, 2010). Descrito detalhadamente na secção de Metodologia, detêm como principais vantagens a brevidade de aplicação e a utilização em contexto clínico por parte de profissionais de saúde com pouca experiência na área da violência.

De acordo com a *American Medical Association* (1984, in Paixão Jr. & Reicheneim, 2006), a identificação de suspeitas em casos de abuso contra os idosos deve constituir parte integrante da responsabilidade dos profissionais clínicos, uma vez que a aplicação dos instrumentos de rastreio acima descritos contribuem para o progresso da caracterização e posterior compreensão deste grave problema de saúde (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

Em suma, a seleção do instrumento de avaliação de risco de abuso a utilizar pelo profissional de saúde dependerá do contexto e da situação em que o idoso se encontrar.

II – Objetivos

O objetivo principal do presente estudo é o levantamento dos fatores de risco de abuso, bem como do seu impacto na qualidade de vida dos idosos institucionalizados da região de Coimbra e de Santarém.

Com base na revisão de literatura, foi possível formular as seguintes hipóteses:

- Os fatores de risco de abuso avaliados através do H-S/EAST estão negativamente correlacionados com a escolaridade²⁰ e positivamente correlacionados com a incapacidade funcional, a sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados e perceção de saúde (categoria de referência *doente*).

- Os fatores de risco de abuso estão positivamente correlacionados

²⁰ Variável relativa a perceção subjetiva de saúde, a partir da questão *No geral, considera-se uma pessoa saudável/com saúde ou uma pessoa doente?*

com a natureza da incapacidade funcional dos idosos institucionalizados, em termos físicos, cognitivos e emocionais, avaliados através do IAFAI.

- A qualidade de vida avaliada através do WHOQOL-OLD está positivamente correlacionada com a escolaridade, e negativamente correlacionada com a incapacidade funcional e com a sintomatologia depressiva dos idosos institucionalizados.

- A sintomatologia depressiva medida através da GDS-30 está positivamente correlacionada com a incapacidade funcional dos idosos institucionalizados medidos pelo IAFAI.

- A percepção subjetiva de saúde (categoria de referência *doente*) dos idosos institucionalizados está positivamente correlacionada com a incapacidade funcional e com a sintomatologia depressiva, e negativamente correlacionada com a qualidade de vida.

- A percepção subjetiva de saúde (categoria de referência *doente*) dos idosos institucionalizados está negativamente correlacionada com a faceta de qualidade de vida – *Autonomia* – e, com a qualidade de vida global (28 itens) avaliados através do WHOQOL-OLD.

- A percepção subjetiva de saúde (categoria de referência *doente*) dos idosos institucionalizados está positivamente correlacionada com a incapacidade funcional global e negativamente correlacionada com a faceta de qualidade de vida – *Participação Social* – avaliados, respetivamente pelo IAFAI e pelo WHOQOL-OLD.

- Os fatores de risco de abuso avaliados através do H-S/EAST estão negativamente correlacionados com as facetas da qualidade de vida dos idosos institucionalizados avaliados através do WHOQOL-OLD.

- Os fatores de risco de abuso avaliados através do H-S/EAST estão negativamente correlacionados com a qualidade de vida (global) dos idosos institucionalizados avaliados através do WHOQOL-OLD.

III - Metodologia

1. Amostra

Na presente investigação, a amostra em estudo é constituída por 30 idosos, institucionalizados, com 65 ou mais anos de idade, sendo que 27 indivíduos são do sexo feminino e 3 são do sexo masculino.

Os idosos que são objeto deste estudo foram selecionados da população de três instituições, dois da região de Coimbra, nomeadamente, o Centro Geriátrico Luís Viegas Nascimento e a Unidade de Cuidados Continuados Integrados *Domus Vitae*, e um de Santarém, nomeadamente, a Casa de Repouso do Ribatejo Lda.

Os critérios de exclusão estabeleceram a não seleção de sujeitos idosos com declínio cognitivo, de acordo com uma breve medida de rastreio cognitivo, especificamente, a Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination*; MMSE; Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, 1975; adaptação portuguesa: Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994) e/ou com sintomatologia depressiva severa, definida, para os idosos, por uma pontuação superior a 20 na Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale 30*; GDS-30; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; adaptação portuguesa: Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008; Simões, Firmino, & Sousa, 2009; Simões, Sousa, Firmino, Andrade, Ramalho, Martins, J., Martins, M., Araújo, Noronha, Pinho, & Vilar, 2010). Constituíram ainda critérios de exclusão a não aceitação do consentimento informado escrito.

Para a participação na presente investigação foram obtidas as declarações de consentimento informado, tendo sido previamente esclarecidos os objetivos do estudo, o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento, cessando a participação no mesmo.

2. Instrumentos

Para a presente investigação foi estabelecido um protocolo de avaliação constituído por seis instrumentos distintos, consoante as especificidades que se pretendiam analisar.

Abaixo, explicitar-se-ão detalhadamente os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo, por ordem de aplicação, considerando que os mesmos foram administrados de forma a excluir da amostra idosos com declínio cognitivo e/ou sintomatologia depressiva severa, tal como acima supracitado, e a caracterizar a amostra do estudo.

2.1 Guião de Entrevista Semiestruturada

Foi utilizado um modelo de entrevista semiestruturada²¹, através do qual foram recolhidas diversas informações específicas, nomeadamente, dados relativos à data de nascimento, género, estado civil, área de residência, escolaridade, profissão e informação clínica atual e prévia.

Através deste primeiro instrumento foi ainda possível obter informação a respeito da perceção subjetiva de saúde dos idosos pertencentes à amostra em estudo, a partir da questão *No geral, considera-se uma pessoa saudável/com saúde ou uma pessoa doente?*. Neste sentido, a variável perceção subjetiva de saúde foi categorizada em sujeitos que se percecionam como *saudáveis* e em sujeitos que se percecionam como *doentes*.

De uma forma geral, a presente Entrevista Semiestruturada consistia na obtenção de uma caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.

2.2 Avaliação Breve do Estado Mental

O MMSE (*Mini Mental State Examination*; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; adaptação portuguesa: Guerreiro et al., 1994) é um instrumento breve de rastreio cognitivo que inclui tarefas de diversos domínios, tais como, de orientação, memória (incluindo as vertentes de retenção e evocação diferida), atenção e cálculo, linguagem e capacidade viso-construtiva (Simões, 2012). A cotação geral do presente instrumento corresponde a um total de 30 pontos, discriminados pelos cinco domínios acima mencionados.

De acordo com Simões (2012), as normas do MMSE têm sido constantemente aprimoradas, na medida em que incluem variáveis como a idade, a escolaridade e a definição de pontos de corte (Guerreiro et al., 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2012, *in* Simões, 2012).

Na presente amostra, foi utilizado com o objetivo de possibilitar excluir os sujeitos com declínio cognitivo. Todavia, importa salientar que uma pontuação elevada não permite excluir eventuais casos de demência

²¹ Modelo baseado no Guião de Entrevista do Projeto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Fundação Calouste Gulbenkian, Processo nº 74569).

(Simões, 2012).

2.3 Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos

O IAFAI (Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos; Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008) é uma medida de avaliação destinada à análise da capacidade funcional de adultos e adultos idosos.

Formulado a partir da conceptualização de capacidade funcional de Marson e Herbert (2006, *in* Simões, 2012) e da Classificação Internacional de Funcionalidade da OMS (2001, *in* Simões, 2012), o presente instrumento abarca na totalidade 50 itens, subdivididos em três módulos: atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária familiares e atividades instrumentais de vida diária avançadas. Pode ser aplicado ao próprio ou ao cuidador.

Cada item do instrumento possui três alternativas de resposta: Independência, Dificuldade/Dependência ou Não Aplicável, sendo que a primeira sugere a ausência de ajuda na realização das atividades do quotidiano e a segunda implica alguma dificuldade ou auxílio na execução das mesmas. Para além dos três módulos, é ainda analisada a natureza da incapacidade funcional, em termos físicos, cognitivos e emocionais.

Assim, a administração do instrumento foi efetuada aos próprios sujeitos em estudo de modo a analisar a capacidade funcional da amostra.

2.4 World Health Organization Quality of Life – Old Module

O WHOQOL-OLD (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão experimental portuguesa, Vilar, Sousa, & Simões, 2009), desenvolvido especificamente para os adultos idosos, é um instrumento que avalia especificamente a Qualidade de Vida.

Elaborado pelo Grupo WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde, é composto por seis facetas: *Funcionamento sensorial, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade*. Cada uma das facetas é constituída por 4 itens, perfazendo um total de 24 itens, sendo respondidos numa escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (1-5). É relevante salientar que, no âmbito da adaptação e validação do presente instrumento para a população portuguesa,

se acrescentou uma nova faceta - *Família/Vida Familiar*²² – que integra mais 4 itens, perfazendo assim a totalidade de 28 itens.

Desta forma, o presente instrumento possibilita não só a obtenção de resultados por facetas, como também permite obter indicadores globais (total 24 itens e total 28 itens), através dos quais é exequível analisar, quantitativamente, a Qualidade de Vida da amostra, sendo que uma qualidade de vida mais elevada corresponde a valores mais elevados no WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2010; Vilar et al., 2014).

2.5 Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

O H-S/EAST foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos, no ano de 1986. Segundo Neale, Hwalek, Scott, Sengstock, e Stahl (1991, *in* Santos & King, 2010), é um instrumento breve de autorresposta que inclui 15 itens dicotômicos (Sim/Não) que possibilitam a identificação de suspeitas de abuso em idosos, nomeadamente quando os profissionais são pouco experientes nesta temática (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006; Santos & King, 2010).

Através de uma análise fatorial dos itens deste instrumento, foram identificadas três categorias conceituais: (a) violação aberta dos direitos pessoais ou abuso direto; (b) características do idoso que o tornam mais suscetível ao abuso; e (c) características de uma situação potencial de abuso (Hwalek & Sengstock, 1986, *in* Paixão Jr. & Reicheneim, 2006).

De acordo com os autores Paixão Jr. e Reicheneim (2006), existem estudos de validação que corroboraram a capacidade de este instrumento captar situações de abuso psicológico, físico, violação de direitos pessoais e abuso financeiro. Contudo, possui uma limitação que concerne o facto de não avaliar a autonegligência, o abandono e a violência sexual (Paixão Jr. & Reicheneim, 2006; Reicheneim, Paixão Jr., & Moraes, 2008).

É relevante salientar que os itens do H-S/EAST não focalizam unicamente em sintomas específicos de violência, mas procuram também sinalizar eventos que podem anteceder o abuso (Reicheneim, Paixão Jr., & Moraes, 2008).

Além disso, o H-S/EAST permite identificar também as necessidades

²² Avalia a satisfação com as relações, o suporte, o tempo de contacto e o sentimento de valor dado pela família.

dos idosos ao nível de serviços, transportes, cuidados pessoais e/ou utilização de substâncias (Neale et al., 1991, *in* Paixão Jr. & Reicheneim, 2006). Detém como vantagens de utilização o facto de possuir um comportamento homogéneo em subgrupos com níveis de cognição e idades distintas e em contextos clínicos diferenciados.

Em termos de cotação, é atribuído um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1,6, 12 e 14, em que o ponto é atribuído para a resposta negativa. De acordo com Reicheneim, Paixão Jr. e Moraes (2008), existem estudos prévios que sugerem que, uma pontuação de 3 ou mais pode indicar risco potencial relativamente à presença de algum tipo de violência.

No presente estudo, foi realizada a tradução e a adaptação do instrumento para o português de Portugal (*Anexo I*), tendo como referência a adaptação transcultural do instrumento efetuada para o português do Brasil pelos autores Reichenheim, Paixão Jr. e Moraes (2008).

De um modo geral, e considerando que o objetivo consiste na aplicação do instrumento em contexto institucional, procedemos à eliminação da palavra V/S (“Vossa Senhoria”²³) de todos os itens e à substituição da palavra “família” por “instituição” (à exceção do item 8 que permaneceu com a palavra “família”).

2.6 Escala de Depressão Geriátrica

Desenvolvida especificamente para idosos, a GDS-30 (Geriatric Depression Scale 30; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; adaptação portuguesa: Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008; Simões, Firmino, & Sousa, 2009; Simões et al., 2010) consiste numa medida de sintomatologia depressiva que abrange sintomas afetivos e comportamentais, sendo que possui menor enfoque nos aspetos somáticos.

A presente escala é constituída por 30 questões de discurso direto (resposta dicotómica Sim/Não) referentes à forma como o sujeito se tem sentido na última semana. As respostas que sugerem sintomatologia depressiva são cotadas com um ponto, correspondendo o total à soma da cotação dos itens. Foi, portanto, utilizada nesta amostra com o objetivo de permitir excluir os sujeitos que apresentassem sintomatologia depressiva

²³ Reporta-se a uma expressão de tratamento do sujeito, no Brasil, que equivale a senhor(a).

severa.

3. Procedimentos

Inicialmente, procedemos à seleção de 6 instituições para idosos do Concelho de Coimbra e de Santarém. De seguida, cada uma das instituições selecionadas foi contactada com vista a informar acerca dos objetivos da presente investigação e obter autorização para a aplicação dos instrumentos.

Após a obtenção de permissão por parte de 3 das instituições acima mencionadas, foi administrado individualmente o protocolo de avaliação através de uma única sessão, sendo esta iniciada primeiramente pela descrição dos objetivos do estudo, procedimento de investigação e ainda pelos direitos intrínsecos ao participante, requerendo-se o consentimento informado escrito, após o esclarecimento de todas as dúvidas.

Cada sessão teve uma duração média de 1 hora e 45 minutos, sendo que procedemos à recolha de dados sociodemográficos de cada participante realizada através do modelo de uma entrevista semiestruturada.

Seguidamente, foram administrados os restantes instrumentos do protocolo de avaliação, de acordo com a ordem indicada na secção *Instrumentos*. De ressaltar que os itens dos instrumentos foram lidos em voz alta, o que se deve maioritariamente à existência de défices sensoriais (auditivos e visuais) dos participantes.

Relativamente à aplicação do instrumento de rastreio de abuso em idosos (H-S/EAST), é relevante sublinhar que foi assegurada a privacidade de cada participante, uma vez que constitui uma temática polémica. Contudo, apesar do notável receio por parte dos participantes relativamente à confidencialidade deste assunto, todos os inquiridos demonstraram ser colaboradores na partilha de informação relevante.

Foram excluídos do presente estudo todos os sujeitos com pontuação inferior ao seu grupo normativo no teste de rastreio cognitivo, assim como aqueles com sintomatologia depressiva severa. Deste modo, excluíram-se na totalidade seis indivíduos.

IV - Resultados

Nesta secção expor-se-ão os resultados dos dados obtidos através da

investigação em curso, recorrendo ao programa informático SPSS²⁴.

1. Caracterização da amostra

Através da análise da amostra global no que se refere ao **género**, verificamos que a amostra geral (N=30) é constituída, maioritariamente, por sujeitos do sexo feminino (90%), sendo que os restantes sujeitos são do sexo masculino (10%).

Relativamente à **idade**, constatamos que, os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos (M=84.13; DP=7.99).

Quanto ao **estado civil** da amostra global, os dados recolhidos indicam que a maior parte dos sujeitos, ou seja, 17 (56.7%) são viúvos. De entre os restantes, 6 (20%) são casados, 5 (16.7%) solteiros e 2 (6.7%) divorciados.

No que se refere aos dados relativos à **escolaridade** (analisados em anos) da amostra geral, verificamos que os valores estão compreendidos entre os 0 e os 17 anos de escolaridade (M=6.77; DP=5.30). Detalhadamente, observamos que a maior parte dos sujeitos da amostra, ou seja, 12 (40%) têm 4 anos de escolaridade, sendo que, de entre os restantes, 4 (13.3%) não são escolarizados (0 anos), 3 (10%) têm 15 anos de escolaridade, 2 (6.7%) têm 3 anos de escolaridade, 2 (6.7%) têm 10 anos de escolaridade, 2 (6.7%) têm 12 anos de escolaridade, 2 (6.7%) têm 17 anos de escolaridade, 1 (3.3%) tem 6 anos de escolaridade, 1 (3.3%) tem 9 anos de escolaridade e, por fim, 1 (3.3%) tem 11 anos de escolaridade.

2. Correlações entre variáveis de estudo²⁵

Tabela 1. Correlação entre os fatores de risco de abuso e as variáveis escolaridade, perceção de saúde, incapacidade funcional e sintomatologia depressiva

		Escolaridade	Perceção_ Saúde	IAFAI_ Total	GDS_30_ Total
	Correlação de <i>Pearson</i>	-,294	,375*	,202	,401*
HS_EAST	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,115	,041	,284	,028
	N	30	30	30	30

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

²⁴ A análise estatística foi realizada utilizando, como software, a versão 22.0 para *Windows do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

²⁵ A associação entre as variáveis foi realizada através da medida de correlação de *Pearson*.

A análise da correlação efetuada entre os fatores de risco de abuso e a escolaridade geral da amostra revelou uma correlação negativa de baixa magnitude ($r=-.294$, $p=.115$) entre as duas variáveis, embora não seja significativa, o que demonstra que são inversamente proporcionais, ou seja, quanto maiores forem os resultados de fatores de risco de abuso, menor vai ser a escolaridade dos idosos institucionalizados.

A correlação realizada entre os fatores de risco de abuso e a percepção de saúde da amostra global revelou uma correlação positiva significativa de baixa magnitude ($r=.375$, $p=.041$) entre variáveis, o que parece indicar que indivíduos que se percebem como doentes possuem valores mais elevados de fatores de risco de abuso.

Relativamente à análise correlacional efetuada entre os fatores de risco de abuso e a incapacidade funcional total da amostra, observámos uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=.202$, $p=.284$) entre as variáveis, embora não seja significativa. Ou seja, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, maior vai ser a incapacidade funcional dos idosos institucionalizados.

Por fim, a correlação efetuada entre as variáveis fatores de risco de abuso e a sintomatologia depressiva revelou uma correlação positiva significativa de magnitude moderada ($r=.401$, $p=.028$), o que significa que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, mais elevados são os valores de sintomatologia depressiva dos sujeitos.

Tabela 2. Correlação entre os fatores de risco de abuso e a variável de incapacidade funcional de domínio físico, cognitivo e emocional

		IAFAI_IF	IAFAI_IC	IAFAI_IE
HS_EAST	Correlação de <i>Pearson</i>	,271	-,348	-,194
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,147	,059	,304
	N	30	30	30
IAFAI_IF	Correlação de <i>Pearson</i>	1	,155	,076
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)		,414	,689
	N	30	30	30
IAFAI_IC	Correlação de <i>Pearson</i>	,155	1	,541**
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,414		,002
	N	30	30	30
IAFAI_IE	Correlação de <i>Pearson</i>	,076	,541**	1
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,689	,002	
	N	30	30	30

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

A análise da correlação efetuada entre os fatores de risco de abuso e a incapacidade funcional de domínio físico da amostra global, revelou uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=-.271$, $p=.147$) entre as duas variáveis, embora não seja significativa, o que demonstra que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, maior vai ser a incapacidade física dos idosos institucionalizados.

Quanto aos dados obtidos através da correlação realizada entre os fatores de risco de abuso e a incapacidade funcional de domínio cognitivo da amostra, verificámos uma correlação negativa de baixa magnitude ($r=.348$, $p=.059$) entre variáveis, embora não seja significativa. O que demonstra que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a incapacidade cognitiva dos sujeitos.

Relativamente à correlação efetuada entre os fatores de risco de abuso e a incapacidade funcional de domínio emocional da amostra, verificámos uma correlação negativa de magnitude negligenciável ($r=-.194$, $p=.304$) entre as variáveis, embora não seja significativa. Isto é, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a incapacidade emocional dos sujeitos.

É de salientar a análise da correlação feita entre as variáveis incapacidade cognitiva e incapacidade emocional, dado que se encontram positivamente correlacionadas, sendo que a correlação é significativa e de magnitude moderada ($r=.541$, $p=.002$), o que significa que, quanto maior for a incapacidade cognitiva, maior vai ser a incapacidade emocional dos idosos institucionalizados.

Tabela 3. Correlação entre a qualidade de vida e as variáveis escolaridade, incapacidade funcional e sintomatologia depressiva

		Escolaridade	IAFAI_ Total	GDS_30_ Total
WHOQOL_OLD_	Correlação de <i>Pearson</i>	-,073	-,283	-,640**
28itens	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,700	,130	,000
	N	30	30	30

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

A análise da correlação efetuada entre a qualidade de vida geral²⁶ e as variáveis escolaridade e incapacidade funcional total da amostra em estudo revelou correlações negativas de magnitude negligenciável e baixa ($r=-.073$, $p=.700$; $r=-.283$, $p=.130$), respetivamente, entre as variáveis, embora essas correlações não sejam significativas. Estes dados mostram que, quanto maior for a qualidade de vida, menor vai ser tanto a escolaridade como a incapacidade funcional dos idosos institucionalizados.

Ressalve-se os dados relativos à correlação realizada entre a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva global da amostra, pois revelou uma correlação negativa significativa de magnitude elevada ($r=-.640$, $p=.000$), o que significa que, quanto maior for a qualidade de vida, menor vai ser a sintomatologia depressiva dos sujeitos.

Tabela 4. Correlação entre sintomatologia depressiva e incapacidade funcional

		GDS_30_Total	IAFAI_Total
GDS_30_Total	Correlação de <i>Pearson</i>	1	,271
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)		,148
	N	30	30

A análise da correlação entre a sintomatologia depressiva e a incapacidade funcional total da amostra revelou uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=.271$, $p=.148$) entre as duas variáveis, embora não seja significativa, o que demonstra que, quanto maior for a sintomatologia depressiva, maior vai ser a incapacidade funcional total dos idosos institucionalizados.

Tabela 5. Correlação entre a perceção de saúde e as variáveis incapacidade funcional, qualidade de vida e sintomatologia depressiva

		IAFAI_ Total	WHOQOL_ OLD_28itens	GDS_30_ Total
Perceção_ Saúde	Correlação de <i>Pearson</i>	,311	-,507**	,377*
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,094	,004	,040
	N	30	30	30

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

A análise da correlação efetuada entre a perceção de saúde e a

²⁶ Relativa ao indicador global correspondente à totalidade dos 28 itens.

incapacidade funcional global da amostra revelou uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=.311$, $p=.094$) entre as duas variáveis, embora não seja significativa, o que mostra que, os idosos institucionalizados que se percebem como doentes vão ter uma maior incapacidade funcional total.

Todavia, a correlação realizada entre a percepção de saúde e a qualidade de vida geral da amostra manifesta uma correlação negativa significativa de magnitude moderada ($r=-.507$, $p=.004$) entre variáveis, o que sugere que indivíduos que se percebem como doentes reportam menor qualidade de vida.

Quanto à análise correlacional efetuada entre a percepção de saúde e a sintomatologia depressiva geral da amostra, observámos uma correlação positiva significativa de baixa magnitude ($r=.377$, $p=.040$) entre as variáveis. Isto é, indivíduos que se percebem como doentes reportam resultados mais elevados de sintomatologia depressiva.

Tabela 6. Correlação entre a percepção de saúde, a faceta *Autonomia* e qualidade de vida (28 itens)

		Percepção_		WHOQOL_OL
		Saúde	<i>Autonomia</i>	D_28itens
Percepção_	Correlação de <i>Pearson</i>	1	-,468**	-,507**
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)		,009	,004
	N	30	30	30
<i>Autonomia</i>	Correlação de <i>Pearson</i>	-,468**	1	,730**
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,009		,000
	N	30	30	30
WHOQOL	Correlação de <i>Pearson</i>	-,507**	,730**	1
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,004	,000	
	N	30	30	30

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

A análise da correlação efetuada entre a percepção de saúde da amostra e a faceta *Autonomia* revelou uma correlação negativa significativa de magnitude moderada ($r=-.468$, $p=.009$) entre as duas variáveis, o que mostra que idosos institucionalizados que se percebem como doentes, reportam valores mais baixos de autonomia.

Já a correlação realizada entre a percepção de saúde e a qualidade de vida geral (28 itens) da amostra corresponde a uma correlação negativa significativa de magnitude moderada ($r=-.507$, $p=.004$) entre variáveis, o

que significa que os idosos que se percebem como doentes, reportam valores mais baixos de qualidade de vida.

Saliente-se a correlação realizada entre a *Autonomia* e a qualidade de vida global (28 itens), através da qual se verificou uma correlação positiva significativa de magnitude elevada ($r=.730$, $p=.000$) entre as variáveis. Isto é, quanto maior for a autonomia, maior vai ser a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Tabela 7. Correlação entre a percepção de saúde, a incapacidade funcional e a faceta *Participação Social*

		Perceção_		
		Saúde	IAFAI_Total	Part_Social
Perceção_ Saúde	Correlação de <i>Pearson</i>	1	,311	-,514**
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)		,094	,004
	N	30	30	30
IAFAI_ Total	Correlação de <i>Pearson</i>	,311	1	-,379*
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,094		,039
	N	30	30	30
Part_ Social	Correlação de <i>Pearson</i>	-,514**	-,379*	1
	<i>Sig.</i> (2 extremidades)	,004	,039	
	N	30	30	30

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

A correlação efetuada entre a percepção de saúde e a incapacidade funcional total da amostra revelou uma correlação positiva de baixa magnitude ($r=.311$, $p=.094$) embora não significativa, entre as duas variáveis. Ou seja, quanto mais os idosos institucionalizados se percebem como doentes, maior vai ser a incapacidade funcional.

Já a análise da correlação feita entre a percepção de saúde e a faceta *Participação Social* manifestou uma correlação negativa significativa de magnitude moderada ($r=-.514$, $p=.004$) entre variáveis, o que significa que, quanto mais os indivíduos se percebem como doentes, menor vai ser a participação social.

É de salientar a correlação realizada entre a incapacidade funcional total da amostra e a *Participação Social*, pois revelou uma correlação negativa significativa de baixa magnitude ($r=-.379$, $p=.039$) entre as variáveis. Isto é, quanto maior for a incapacidade funcional, menor vai ser a

participação social dos idosos institucionalizados.

Tabela 8. Correlação entre os fatores de risco de abuso e as facetas da qualidade de vida em idosos institucionalizados

		<i>Func_</i>	<i>Auto-</i>	<i>Ativ_</i>	<i>Part_</i>	<i>Morte_</i>	<i>Intimi-</i>	<i>Fam_</i>
		<i>Sens</i>	<i>nomia</i>	<i>PPF</i>	<i>Social</i>	<i>Morrer</i>	<i>dade</i>	<i>vida_</i>
								<i>fam</i>
Correlação de								
HS_	<i>Pearson</i>	-,066	-,342	-,394*	-,282	-,189	-,024	-,376*
EAST	<i>Sig. (2</i>							
	<i>extremidades)</i>	,731	,064	,031	,131	,316	,902	,041
	<i>N</i>	30	30	30	30	30	30	30

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

A análise da correlação efetuada entre os fatores de risco de abuso e a faceta *Funcionamento sensorial* revelou uma correlação negativa não significativa de magnitude negligenciável ($r=-.066$, $p=.731$) entre as duas variáveis, o que mostra que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser o funcionamento sensorial dos idosos institucionalizados.

Quanto à correlação efetuada entre os fatores de risco de abuso e a faceta *Autonomia*, os dados obtidos indicam que estas duas variáveis se encontram negativamente correlacionadas, sendo que a correlação não é significativa e possui baixa magnitude ($r=-.342$, $p=.064$). Ou seja, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a autonomia dos sujeitos.

Relativamente às variáveis fatores de risco de abuso e *Atividades passadas, presentes e futuras*, verificámos que a correlação entre estas é negativa, significativa e de baixa magnitude ($r=-.394$, $p=.031$), o que demonstra que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a satisfação dos idosos relativamente a objetivos de vida alcançados e projetos a realizar, de acordo com a representação da faceta em questão.

Considerando a correlação entre os fatores de risco de abuso e a faceta *Participação social*, observámos que se encontram negativamente correlacionadas, sendo que a correlação não é significativa e possui baixa magnitude ($r=-.282$, $p=.131$). Os dados obtidos indicam que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a participação

social dos idosos institucionalizados.

Quanto à correlação entre os fatores de risco de abuso e a faceta *Morte e morrer*, verificámos uma associação negativa não significativa de magnitude negligenciável ($r=-.189$, $p=.316$) entre as duas variáveis, o que mostra que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, maiores vão ser os receios e preocupações dos idosos institucionalizados relativamente à morte.

A análise da correlação entre os fatores de risco de abuso e a faceta *Intimidade* revelou uma correlação negativa não significativa de baixa magnitude ($r=-.024$, $p=.902$) entre as duas variáveis, o que sugere que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a intimidade dos idosos institucionalizados.

Por fim, atendendo à correlação realizada entre os fatores de risco de abuso e a última faceta da qualidade de vida – *Família/Vida Familiar* – verificámos uma correlação negativa significativa de baixa magnitude ($r=-.376$, $p=.041$) entre as variáveis. Isto é, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a satisfação dos idosos institucionalizados relativamente ao apoio, às relações familiares e à preocupação com a saúde e bem-estar dos mesmos.

Tabela 9. Correlação entre os fatores de risco de abuso e a qualidade de vida em idosos institucionalizados

	HS_EAST	WHOQOL_OLD_28itens
Correlação de <i>Pearson</i>	1	-,375*
HS_EAST <i>Sig.</i> (2 extremidades)		,041
N	30	30

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

A análise da correlação entre os fatores de risco de abuso e a qualidade de vida revelou uma correlação negativa significativa de baixa magnitude ($r=-.375$, $p=.041$) entre as duas variáveis, o que significa que, quanto maiores forem os fatores de risco de abuso, menor vai ser a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, ou, quanto maior for a qualidade de vida, menor vai ser a suscetibilidade aos fatores de risco de abuso.

V – Discussão

Pretendeu-se com a presente investigação proceder ao levantamento

dos fatores de risco de abuso, bem como analisar o seu impacto, na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Todavia, importa salientar que neste tópico são apenas referidas as correlações estatisticamente significativas alcançadas através da análise correlacional efetuada.

Primeiramente, os resultados encontrados neste estudo evidenciaram uma correlação positiva, embora de fraca magnitude, entre os fatores de risco de abuso e a percepção de saúde relativos à primeira hipótese colocada. Assim, estes resultados parecem indicar que idosos institucionalizados que se percebem como doentes possuem valores mais elevados de fatores de risco de abuso, ou seja, possuem uma maior vulnerabilidade aos fatores de risco de abuso sendo este resultado de acordo com o esperado, corroborando a hipótese.

Quanto à análise dos dados obtidos em relação à correlação entre os fatores de risco de abuso e a sintomatologia depressiva, verificou-se uma associação positiva de magnitude moderada, o que sugere que maiores fatores de risco se encontram associados a uma maior sintomatologia depressiva dos sujeitos. Deste modo, os resultados corroboram a hipótese, uma vez que, o estudo de Dias (2014) sugere que a prática de abuso em contexto institucional têm efeitos nefastos para os idosos, dada a possibilidade acrescida de surgirem depressões nestes casos.

É relevante evidenciar a correlação positiva de magnitude moderada entre a natureza da incapacidade cognitiva e emocional, demonstrando que uma maior incapacidade cognitiva está associada a uma maior incapacidade emocional.

De seguida, os resultados relativos à qualidade de vida geral vão de encontro ao esperado uma vez que evidenciaram uma correlação negativa de elevada magnitude com a sintomatologia depressiva, destacando que uma maior qualidade de vida está associada a menor sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos também corroboram a quinta hipótese formulada, dada a correlação negativa de magnitude moderada observada entre a percepção de saúde e qualidade de vida geral e, dada a correlação positiva de baixa magnitude entre a percepção de saúde e a sintomatologia depressiva. Estes resultados sugerem que, os indivíduos que se percebem como doentes possuem não só menor qualidade de vida, como também

maior sintomatologia depressiva. Estes dados vêm comprovar a influência da saúde na avaliação subjetiva da qualidade de vida dos idosos, de acordo com a definição conceptual de qualidade de vida proposta pelo Grupo WHOQOL.

Além disso, os dados obtidos evidenciaram uma associação negativa de magnitude moderada entre a percepção de saúde, a faceta *Autonomia* (incluída no WHOQOL-OLD) e a qualidade de vida (28 itens), o que sugere que os indivíduos que se percebem como doentes possuem menor autonomia e menor qualidade de vida. Este resultado vai de encontro ao esperado, pois, de acordo com o estudo de Vilar (2014), a dimensão relativa à saúde e à autonomia constituem uma influência significativa na percepção subjetiva de qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Além deste aspeto importa referir que, segundo o mesmo estudo, os idosos que se percebem como doentes valorizam maioritariamente a sua independência e capacidade funcional. Assim sendo, quando os idosos institucionalizados se percebem como doentes, verifica-se uma menor autonomia.

Foi também observada uma associação positiva de elevada magnitude entre a faceta *Autonomia* e a qualidade de vida (24 itens), sugerindo que uma maior autonomia corresponde a uma maior qualidade de vida dos sujeitos, dado que, segundo Vilar (2014) esta dimensão específica constitui uma das mais influentes na qualidade de vida dos idosos.

Os resultados da presente investigação demonstraram uma correlação negativa entre a percepção de saúde e a faceta *Participação Social* (incluída no WHOQOL-OLD) e entre a incapacidade funcional e a mesma faceta mencionada, sendo a primeira de magnitude moderada e a segunda de baixa magnitude. O que significa que, quando os indivíduos se percebem como doentes verifica-se uma menor participação social e, uma maior incapacidade funcional parece estar associada também a uma menor participação social dos sujeitos. Este resultado corrobora o que os autores Levasseur, Desrosiers e Tribble (2008, in Vilar, 2014) postulam, quando referem que uma diminuição da participação social possui um impacto negativo a nível social e individual, o que conduz a um decréscimo na satisfação dos idosos consigo próprios e com os outros, influenciando negativamente a qualidade de vida.

Por fim, e dado que o principal objetivo do estudo consiste em

analisar o impacto do risco de abuso na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, foram realizadas duas correlações importantes. Primeiro, efetuámos uma correlação entre os fatores de risco de abuso e todas as facetas respeitantes à qualidade de vida (inseridas no WHOQOL-OLD). De seguida, procedemos à correlação entre os fatores de risco de abuso e a qualidade de vida geral, considerando o indicador global de 28 itens.

Os resultados obtidos a partir das correlações acima mencionadas foram de encontro ao esperado, ou seja, corroboram as últimas hipóteses formuladas, uma vez que evidenciaram correlações negativas, embora de baixa magnitude, entre os fatores de risco de abuso e as facetas *Atividades passadas, presentes e futuras* e *Família/Vida familiar*. Assim, maiores fatores de risco de abuso estão associados a uma menor satisfação dos idosos institucionalizados relativamente a objetivos de vida alcançados e projetos a realizar - de acordo com a representação da faceta em questão-, e a uma menor satisfação em relação ao apoio, às relações familiares, tempo passado com familiares e valorização dada pela família ao idoso. O estudo de Dias (2014) vem corroborar este resultado uma vez que a autora afirma que o risco de abuso aumenta exponencialmente quando o idoso se encontra isolado da sua rede de suporte familiar, o que, de acordo com Turagabeci, Nakamura, Kizuki e Takano (2007, in Vilar et al., 2014) constitui um fator que influencia negativamente a qualidade de vida dos idosos. No estudo de Vilar et al. (2014), verificou-se que as relações familiares influenciam positivamente a qualidade de vida na medida em que se associam a sentimentos positivos relativos à presença e disponibilidade dos familiares na prestação de apoio ao idoso, ainda que o *National Elder Abuse Incidence Study* (1998) tenha concluído que cerca de 90% dos casos de abuso sejam cometidos por familiares do idoso.

Os dados amostrais obtidos pela correlação efetuada entre os fatores de risco de abuso e a qualidade de vida global (28 itens) corroboram a hipótese principal do estudo, o que vai de encontro ao que Ferreira e colaboradores (2006) defendem quando salientam que o abuso se encontra associado a uma diminuição da qualidade de vida. Assim, os dados obtidos através da correlação do nosso estudo sugerem uma correlação negativa entre as duas variáveis. Deste modo, podemos concluir que maiores fatores de risco de abuso estão relacionados com uma menor qualidade de vida dos

idosos institucionalizados.

É necessário ressaltar que o estudo correlacional apresentado poderá alcançar resultados mais consistentes com uma viável ampliação da amostra. Nesse sentido, o tamanho amostral configura-se como uma limitação desta investigação. Portanto, é fundamental enfatizar a necessidade de novos estudos acerca da mesma temática, envolvendo amostras mais robustas e representativas da população idosa institucionalizada, a fim de que os resultados possam ser consolidados e generalizados.

VI - Conclusões

Para o presente estudo da qualidade de vida e dos maus-tratos perpetrados em pessoas de idade avançada, consideramos que a sua relevância se traduz, sobretudo, na abordagem individualizada e subjetiva que procurámos estabelecer, no sentido de considerar a opinião de cada idoso institucionalizado e de assegurar as questões de confidencialidade relativa a esta polémica temática, que verificámos possuir um impacto significativo na qualidade de vida dos idosos, à medida que o envelhecimento populacional se acentua e o número de instituições dispostas a responder às necessidades desta população aumentam.

Consideramos que seria necessário investigar e conhecer a realidade de cada idoso institucionalizado, no sentido de possibilitar a passagem da teoria à prática, intervindo nas questões relativas ao abuso, de modo a potenciar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Sabemos que o envelhecimento demográfico e a conseqüente contração familiar conduzem, mais frequentemente, a um decréscimo na disponibilidade que a família concede em termos de apoio ao idoso o que se reflete no aumento na procura de instituições que façam face às necessidades da população idosa. Os dados recentes relativos a Portugal indicam que, em 2011, o número de famílias institucionais aumentou acentuadamente, em aproximadamente 24,7% (Ferreira, Vieira, & Firmino, 2006; INE, 2011).

É neste contexto que surgem as preocupações com os aspetos relativos à qualidade de vida dos idosos institucionalizados e ao abuso suscetível de ser perpetrado nos/contra os mesmos, uma vez que a institucionalização contribui para a sua ocorrência (Sardinha, 2008; Ferreira, Vieira, & Firmino, 2006).

Verificámos, nesta amostra de idosos institucionalizados, resultados que indicam que valores mais elevados de qualidade de vida estão associados a menor sintomatologia depressiva e a maior autonomia. É relevante ressaltar que os dados sugerem que, os indivíduos que se percebem como doentes reportam menor qualidade de vida, menor autonomia e participação social e valores mais elevados de sintomatologia depressiva. Quanto à incapacidade funcional, os dados obtidos revelaram que maior incapacidade está associada a menor participação social. Ao nível dos fatores de risco de abuso, os resultados da presente amostra evidenciaram que resultados mais elevados de fatores de risco estão associados a indivíduos que se percebem como doentes e a resultados mais elevados de sintomatologia depressiva, o que vai de encontro ao que Dias (2014) defende quando enfatiza que a prática de abuso em contexto institucional têm efeitos nefastos para os idosos devido à suscetibilidade acrescida de surgirem depressões nestes casos.

Ressalve-se que os resultados também evidenciaram uma menor satisfação dos idosos no que respeita a objetivos de vida alcançados e projetos a realizar e menor satisfação em relação ao apoio, às relações familiares e valorização dos idosos pela família, quando existe maior suscetibilidade aos fatores de risco de abuso. No que respeita ao impacto que os fatores de risco de abuso têm na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, verificámos que resultados mais elevados de fatores de risco estão associados a menor qualidade de vida, tal como previsto para esta investigação. Este resultado vai de encontro ao estudo efetuado por Ferreira-Alves (2004), que para além de salientar que o abuso em idosos constitui um problema de saúde pública e direitos humanos, menciona que se encontra relacionado com uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar psicológico desta população.

Posto isto, é necessário um maior enfoque nesta temática, nomeadamente em relação à avaliação do risco de maus-tratos perpetrados em idosos e, ainda, relativamente à prevenção e intervenção que possibilitem fornecer apoio necessário à vítima de abuso, promovendo essencialmente a sua qualidade de vida, pois é fundamental refletir acerca do modo como agimos na relação com os idosos, especificamente em contexto institucional.

Relativamente às estratégias de prevenção de abuso em idosos maior

importância deve ser dada à prevenção primária que requer a construção de uma sociedade na qual os idosos possam viver as suas vidas com dignidade, sendo providenciadas respostas adequadas às necessidades e oportunidades de autorrealização (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Tal como a Organização Mundial de Saúde cita, a “*prevenção começa com a consciencialização*”, sugerindo assim a necessidade de aumentar a consciencialização acerca do abuso, na sociedade e nos profissionais de saúde, através da sua educação e formação, especificamente na deteção do fenómeno em idosos, em contexto comunitário e institucional (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

A nível institucional, a prevenção do abuso pode ser efetuada através de medidas que incluem o desenvolvimento e implementação de planos de proteção, formação dos profissionais, desenvolvimento de políticas e programas com vista não só a fazer face ao *stress* dos profissionais, como também a melhorar o ambiente físico e social da instituição.

Para uma intervenção eficaz, é necessário não só que os profissionais de saúde se mantenham atentos a esta problemática, como também é importante que procurem mais informação a este nível, de modo a **prevenir** estes casos. No mesmo sentido, os idosos também devem possuir conhecimento acerca das redes de apoio disponíveis e dos procedimentos a seguir, caso sejam vítimas de abuso (Ferreira et al., 2006).

Para terminar, e de acordo com Ferreira, Vieira, e Firmino (2006), é fundamental que os profissionais realizem mais investigações e estudos acerca deste tema, nomeadamente, em idosos institucionalizados com declínio cognitivo, dado que Wolf (1998) menciona o *estado físico e cognitivo* do idoso e o *isolamento social* da família como fatores predisponentes a circunstâncias de abuso (Ferreira-Alves, 2004).

Portanto, é crucial difundir a importância do problema a nível nacional, da mesma forma que é essencial desconstruir mitos relativamente aos idosos, de modo a que se proceda à sua valorização e reconhecimento na sociedade (Ferreira et al., 2006).

Bibliografia

American Medical Association Council on Scientific Affairs. (1984). *Diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect*. Chicago: American Medical Association.

- American Psychological Association. (1999). *Elder abuse and neglect: In search of solutions* [Brochure]. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Anetzberger, G. (2001). Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13, 1.
- Borrvalho, O., Lima, M. P., & Ferreira-Alves, J. (2010). Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e caracterização de casos no serviço de urgência de um hospital central. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 471-478.
- Bowling, A., Banister, D., & Sutton, S. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Mental Health*, 6, 355-371.
- Buttler, R. N. (1999). Warning signs of elder abuse. *Geriatrics*, 54, 3.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, III(3), 243-68.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Chachamovich, E., Trentini, C. M., Fleck, M. P. A., Schmidt, S., & Power, M. (2008). Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 102-111). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Clipp, E. (2001). Quality of life. In G. L. Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of aging* (pp.). New York: Springer Publishing Company.
- Comijs, H., Pot, A., Smith, H., Bouter, L., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 885-888.
- Cooney, C., & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 4, 276-283.
- Dias, I. (2014). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15 (2005), 249-274.
- Diener, E., & Suh, M. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*,

- 17, 304-322.
- Dinis, C. M. (1997). *Envelhecimento e Qualidade de Vida no concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Drageset, J., Nygaard, H. A., Eide, G. E., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents: A questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 85(6), 1-9.
- Dyer, C., & Rowe, J. (1999). Elder abuse. *Trauma*, 1, 163-169.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça, número especial temático*, 133-151.
- Ferreira, L., Vieira, D., & Firmino, H. (2006). Violência sobre os mais velhos. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (215-220). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
- Fonseca, A., Nunes, M., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV): Estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388.
- Hirsch, C., & Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 15, 113(10), 384-92.
- Homer, A., & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *BMJ*, 301, 1359-1362.
- Hwalek, M. A., & Sengstock, M. C. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: Toward development of a clinical screening instrument. *J Appl Gerontol*, 5, 153-73.
- INE. (2011). *Censos 2011: Resultados Provisórios, Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jantsch, A., Machado, L., Behar, P., & Lima, J. (2012). As redes sociais e a qualidade de vida: Os idosos na era digital. *IEEE-RITA Revista Iberoamericana de Tecnologias del Aprendizaje*, 7 (4), 173-179.

- Johnson, T. F. (1991). *Elder mistreatment: Deciding who is at risk*. Westport: Greenwood Press.
- Kivela, S., Kongas-Saviaro, P., Kesti, E., Pahkala, K., & Ijas, M. (1992). Abuse in old age: Epidemiological data from Finland. *Journal of elder abuse and neglect*, 4(3), 1-18.
- Kosberg, J. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*, 28, 43-50.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). Abuse of the elderly. In E. Krug (Eds.), *World report on violence and health*, (123-143). Geneva: World Health Organization.
- Kurrle, S., Sadler, P., & Cameron, I. (1992). Patterns of elder abuse. *The Medical Journal of Australia*, 157(169), 673-676.
- Leung, K., Wu, E., Lue, B., & Tang, L. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Qualitative Research*, 13, 179-190.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 30(6), 1-11.
- Lima, M. P. (2012). *Intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas*. Relatório da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica em Adultos Idosos, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Loidl-Keil, R., & Hohn, M. (2006). “Give life to the years...” – *Quality of life of residents in nursing homes. An empirical contribution*. Austria: University of Applied Sciences FH JOANNEUM Graz.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: MS/Direcção-Geral da Saúde.
- Momtaz, Y., Hamid, T., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*, 13, 182-188.
- National center on elder abuse at the American Public Human Services Association. (1998). The national elder abuse incidence study. Retirado de http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuse_Report_Full.pdf em 9 de Março de 2015.
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M., & Stahl, C.

- (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, *10*, 406-418.
- Ogg, J., & Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *BMJ*, *305*, 998-999.
- Paixão Jr., C., & Reicheneim, M. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública*, *22*(6), 1137-1149.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Perez, F., Fernandez, G., & Rivera, E. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of the elderly. *Social Indicators Research*, *54*, 173-208.
- Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990a). The QUALCARE Scale: Developing an instrument to measure quality of home care. *Int J Nurs Stud*, *27*, 61-75.
- Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990b). The QUALCARE Scale: Testing of a measurement instrument for clinical practice. *Int J Nurs Stud*, *27*, 77-91.
- Pillemer, K., & Finkellor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The gerontologist*, *28* (1)51-57.
- Podnieks, E., & Pillemer (1990). *National survey on abuse of the elderly in Canada*. Ontário: Ryerson Polytechnical Institute.
- Pollack, D. (1995). Elder abuse and neglect cases reviewed by appellate courts. *Journal of Family Violence*, *4*, 413-424.
- Power, M. J. (2003). Quality of life. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 427-441). Washington, DC: American Psychological Association.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, *14*, 2197-2214.
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder abuse offenders: A typology.

Generations, 24, 2.

- Reichenheim, M. E., Paixão Jr., C. M., & Moraes, C. L. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cad. Saúde Pública*, 24(8), 1801-1813.
- Reis, M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, 24, 2.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging*, 14, 45-60.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. *Gerontologist*, 38, 471-80.
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da Qualidade de Vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 25-30.
- Rothermund, K., & Brandtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.
- Santos, E. J., & King, D. A. (2010). The assessment of elder abuse. In P. A. Lichtenberg (Eds.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed.; 229-242). New York: Elsevier.
- Sardinha, M. (2008). *Qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Silva, L., Silva, A., Tura, L., Moreira, M., Rodrigues, R., & Marques, M. (2012). Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 33(1), 109-115.
- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 34(1), 9-33.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & The WHOQOL Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in diferente cultural

- settings: The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (43-75). São Paulo: Cortez.
- Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M., & Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 61(5), 1-9.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006a). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vida, S., Monks, R., & Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry servisse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 459-467.
- Vilar, M. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Tese de Doutoramento, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vilar, M., Simões, M., Lima, M., Cruz, C., Sousa, L., Sousa, A. & Pires, L., (2014). Adaptação e Validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista*

- Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37(1),73-97.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHO Group. (1994a). *Statement developed by WHO Quality of Life Working Group*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL Group. (1994b). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Wolf, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. In I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (pp. 161-165). Washington: American Psychological Association.
- Yan, E., & Tang, C. (2001). Prevalence and psychological impact of chinese elder abuse. *Journal of interpersonal violence*, 16(11),1158-1174.
- Yunes, M. A. M. (2001). *A questão triplamente controversada da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zinn, L. (2002). Reaching out to protect elders. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 51, 5.