



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa

Liliana Isabel Mendes Vilarinho

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

2009-2010

Liliana Isabel Mendes Vilarinho

**Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População
Idosa**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutor José Ferreira-Alves

Categoria – Professor Auxiliar

Afiliação – Universidade do Minho

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor José Ferreira-Alves, meu orientador da tese, pela sua dedicação, empenho e ensinamentos transmitidos, assim como, a oportunidade que me deu de experienciar situações que em muito contribuíram para a minha formação académica e pessoal.

Agradeço, de uma forma muito especial, à Professora Maria José, que foi uma pessoa que me apoiou em alturas menos boas, dando-me força para prosseguir, dando valor ao trabalho e à minha pessoa. A sua amizade e o carinho em muito contribuíram para a realização deste trabalho e para a minha satisfação pessoal.

Gostaria, ainda, de agradecer à Dr.^a Ana João Santos que em muito me ajudou em várias partes do meu trabalho, de forma pronta, pela sua amizade e carinho demonstrados.

À Dr.^a Lúcia Peixoto, coordenadora do Serviço de Apoio Domiciliário de uma organização humanitária de Braga, que demonstrou interesse no meu trabalho e operacionalizou a parte dos contactos com os utentes do SAD, lar e do Centro de Acolhimento Temporário (CAT). Foi uma ajuda preciosa, a ela um muito obrigada. Da mesma forma agradeço à Dr.^a Eva Gonçalves e à Dr.^a Catarina Oliveira, directora do lar e responsável pelos serviços do (CAT), respectivamente, a simpatia com que me receberam e facilidades concedidas.

Às auxiliares do SAD, especialmente à dona Marília, e do lar, tenho que agradecer a forma como me introduziram nos serviços, como me apresentaram aos utentes e a forma como me ajudaram a fim de conseguir melhores resultados na recolha dos dados.

Ao meu namorado, Valter Gonçalves, agradeço-lhe o amor, o carinho e o apoio e a força nos momentos de maior stress. E, também, as ajudas nas traduções que necessitei ao longo do trabalho.

Por fim, quero agradecer, com grande amor, aos meus pais, Júlio e Paula Vilarinho a força, o amor, carinho e amizade que sempre me deram para a conclusão desta fase da vida académica.

A todos Muito Obrigada!

Índice

Lista de Siglas	8
Resumo	9
Abstract	10
Introdução	11

1ª PARTE

Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I — A Problemática do Envelhecimento.....	15
• Conceito de Envelhecimento.....	15
• Dados Demográficos.....	17
• O Envelhecimento em Portugal.....	17
• Índice de Envelhecimento.....	18
CAPÍTULO II — Um olhar sobre a violência na Terceira Idade.....	19
• Violência sobre Pessoas Idosas.....	19
• Abuso Financeiro.....	25
• A Vítima.....	27
• Os perpetradores.....	28
CAPÍTULO III — O Suporte Social da Pessoa Idosa.....	32
• Conceito de Suporte Social.....	32
• Conceito de Suporte Social Percebido.....	32
• Conceito de Suporte Social Recebido.....	32
CAPÍTULO IV — A Vida Diária da Pessoa Idosa.....	36
• Conceito de Actividades da Vida Diária.....	36
CAPÍTULO V — Um olhar da Medicina Legal.....	39
• A Nível Médico-Legal.....	39

2ª PARTE

Componente Prática

CAPÍTULO I — Objectivos e Metodologia.....	46
• Objectivos do Estudo.....	46
• Metodologia.....	46
→ Procedimentos.....	47
→ Participantes.....	48
→ Caracterização dos Participantes.....	48
→ Instrumentos.....	49
 CAPÍTULO II — Apresentação dos Resultados.....	 55
• Actividades da Vida Diária.....	55
• Suporte Social Percebido.....	55
• Abuso Financeiro a Pessoas Idosas.....	56
 Análise e Discussão dos Resultados.....	60
Considerações Finais.....	63
Conclusão.....	65
Bibliografia.....	68
 Anexos	
• Anexo I — Consentimento Informado	
• Anexo II — Dados Sócio-demográficos	
• Anexo III — Mini-Cog	
• Anexo IV — Índice de Katz de Actividades da Vida Diária	
• Anexo V — Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido	
• Anexo VI — Avaliação do Abuso Financeiro a Pessoas Idosas	

Lista de Siglas

ABVD	—	Actividades Básicas da Vida Diária
AIVD	—	Actividades Instrumentais da Vida Diária
APAV	—	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
AVD	—	Actividades da Vida Diária
CAT	—	Centro de Acolhimento Temporário
CVP	—	Cruz Vermelha Portuguesa
EMSSP	—	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
INE	—	Instituto Nacional de Estatística
INPEA	—	International Network for the Prevention of Elder Abuse
NEAIS	—	National Elder Abuse Incidence Study
OMS	—	Organização Mundial de Saúde
ONU	—	Organização das Nações Unidas
OPC	—	Órgão de polícia criminal
PJ	—	Polícia Judiciária

Resumo

Objectivos: a) descrever a prevalência da exploração financeira, o suporte social e as actividades instrumentais da vida diária numa amostra de pessoas idosas; e b) testar o poder preditivo do suporte social e da funcionalidade na explicação deste tipo de abuso.

Métodos: 30 participantes foram seleccionados, depois de um *screening* cognitivo, sendo que 21 eram do género feminino e 9 masculino, de idades compreendidas entre 66-97. Dos 30 participantes, 21 eram assistidos nas suas casas por um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e 9 residiam em lar. Os participantes foram inquiridos acerca de alguns aspectos das suas vidas através do questionário sócio-demográfico, do seu grau de funcionalidade através do índice de Katz (Katz, 1963), do seu suporte social percebido, utilizando a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP) (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), e da ocorrência de abuso financeiro através do questionário de Avaliação de Abuso Financeiro (traduzido e adaptado do questionário de Comijs, 1999).

Resultados: 40% dos participantes reconheceram a exploração financeira, que não teve diferenças significativas entre o SAD e o Lar. A funcionalidade não estava associada nem com o abuso nem com o suporte social. A subescala de suporte familiar foi a única subescala que se constituiu como um modelo significativo na predição de 27% da variância do abuso – perpetrado sob a forma de extorsão de dinheiro. Adicionalmente o suporte total e familiar foi significativamente diferente de acordo com o cenário: os utentes do SAD perceberam mais o suporte total e familiar do que os utentes do Lar.

Conclusão: O alto nível de exploração financeira encontrado é questionador da verdadeira dimensão deste fenómeno. É surpreendente uma tão alta taxa de prevalência com a coexistência de dois factores: por um lado, a maior parte dos perpetradores (66,7%) não tinham nenhuma relação familiar com a pessoa idosa e, por outro lado, nos dois cenários, existem relações profissionais com a pessoa idosa no dia-a-dia. Estes resultados surpreendentes sugerem a necessidade urgente de reprodução deste estudo com amostras similares e na mesma região ou em regiões diferentes.

Abstract

Aims: a) Describe the prevalence of financial exploitation, social support and instrumental activities of daily living in a sample of older adults; and b) test the predictive power of social support and functionality in explaining this form of abuse. **Methods:** Thirty participants were selected after a cognitive screening, constituting 21 female and 9 male, aged 66 till 97 and 21 receiving domiciliary support services and 9 living in a residential facility. They were inquired about their living arrangements (socio-demographic questionnaire), their functionality (Katz Index [Katz, 1963]), their social support (Multidimensional scale of Perceived Social Support [Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988]) and the occurrence of financial abuse (Portuguese trial version of Comijs Questionnaire [Comijs, 1999]). **Results:** 40% of the participants acknowledged financial exploitation, which had no significant difference according to the two sampling settings. Functionality was not associated either with the abuse or social support. The subscale of family support presented the higher prediction value of 27% for one of the four forms of financial abuse evaluated, although it had also predicted significantly other two forms. Additionally total and family support was found significantly different according to the setting: home-dwellers older adults' perceived higher total and family support than those living in residential facilities. **Conclusion:** The high level of financial exploitation found is inquisitive of the true dimension of this phenomenon. It is surprising a so high rate of prevalence with the concomitance of two facts: by one hand, most of the perpetrators (66,7%) didn't have any family relation with the older adult and, by other hand, in the two settings, there are professional relationships with the older adult in a daily basis. This surprising results claim for the urgent need of replication of this study with similar samples and in the same or in different regions.

Introdução

Com este trabalho pretende-se reunir um conjunto de dados, de conceitos e de estudos já realizados acerca da problemática do envelhecimento e da violência à população idosa, as suas causas, as consequências e mostrar que este fenómeno já é um grave problema social e de comportamento. Pretende-se, também, e sendo objectivo principal, esmiuçar o fenómeno da violência sobre as pessoas idosas na forma de exploração financeira. Concomitantemente, é pretendido dar a conhecer como funcionam as políticas sociais em Portugal no que diz respeito ao reencaminhamento dos processos de casos de violência sobre as pessoas idosas.

Nos dias de hoje, o envelhecimento da população é um fenómeno cada vez mais evidente nas sociedades de todo o mundo.

Por mais que o envelhecimento da população seja uma realidade de já há muito tempo a nível mundial, poucos são os Estados preparados para “aguentar com os encargos” provenientes desta mudança progressiva.

Com o aumento generalizado do envelhecimento em Portugal surgem temáticas que nos vão preocupando — tais como, o abuso a pessoas pertencentes à terceira idade —, ainda que estes temas sejam tabu e sejam camuflados pela forma como o abuso é praticado e pela difícil resolução destes casos.

A realidade demográfica do nosso país é o seu envelhecimento que traz consequências a nível económico, social, cultural entre outras conjunturas.

Com isto, assiste-se à implementação de diversas políticas de reorganização a nível social e económica para criar estruturas para garantir o bem-estar da pessoa idosa e promover a substituição de gerações. Estas políticas são, no entanto, encorajadoras da categorização da pessoa idosa como social e economicamente dependente (Dias, 2005).

Como já referido, várias são as dificuldades encontradas com o envelhecimento da população. Neste trabalho são realçados alguns dos problemas sociais inerentes a esta temática como, por exemplo, a violência sobre as pessoas idosas.

A violência doméstica é, hoje em dia, alvo de várias discussões e vários estudos sendo as mulheres/maridos e as crianças a população em destaque.

E a violência doméstica sobre as pessoas idosas?

Presentemente, a violência sobre esta faixa etária é, então, um tema preocupante. Segundo Gonçalves (2006), a violência contra pessoas idosas “tem relação com mudanças observadas nos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto da pessoa idosa. (...) Nas últimas décadas, as alterações na estrutura social, no contexto

familiar, nas atitudes e nos valores, estão provavelmente na génese do problema” (Fernandez 2006, cit. por Gonçalves, 2006).

A violência na terceira idade é uma tendência crescente em Portugal. Segundo dados da APAV em relação ao ano de 2008 relatam um aumento do número de queixas por maus tratos psíquicos. Reuniram um total de 340 casos, mais 137 que no ano de 2007. Vários são os motivos dessas participações, tais como, para além das agressões corporais, ameaças e coação, difamação e injúrias, tentativa de extorsão de dinheiro e negligência por abandono entre outros.

Em 2009 a APAV assinalou 642 pessoas idosas vítimas de crime, cerca de 13 por semana (média de 2 por dia).

O relatório da APAV indica que a grande maioria das vítimas com mais de 65 anos são mulheres e que a violência é exercida no meio familiar pelos cônjuges e filhos.

Segundo Dias (2005), “O reconhecimento de que os idosos eram vítimas de mau trato na família e em contexto institucional foi tardio. Só em final dos anos 70, início dos anos 80, é que tal foi reconhecido como grave problema social”.

A violência na pessoa idosa é segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a “acção única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança e que produza dano ou angústia a um idoso” (2002).

É uma violência pouco considerada pelos seus valores de denúncias ainda escondidos mas na realidade essa violência existe e cada vez em maior número.

Concretamente acerca da violência sobre as pessoas idosas sob a forma de exploração financeira, Dias (2009) define: “o abuso material reside na exploração económica ou imprópria do idoso e no seu uso ilegal dos seus fundos e recursos. Caracteriza-se, por exemplo, através da exploração financeira do idoso, da apropriação indevida dos seus bens e propriedades, da modificação forçada do seu testamento ou outros documentos jurídicos e da negação de acesso e controlo sobre os seus próprios fundos e bens pessoais”.

Ainda, Dias (2005), acerca das estatísticas que são feitas ao mau trato a pessoas idosas diz que “são menos abundantes que as restantes formas de violência doméstica” porque “a maior parte das pesquisas sobre este fenómeno utiliza amostras altamente selectivas” ficando outra parte da população idosa, vítimas de violência, por detectar. Depois há, também, o facto de “quando se pretende estimar a extensão do problema social, parte-se de pesquisas com base na população geral, obtendo-se assim baixos níveis de resposta”.

A verdade é que, também, há o medo das denúncias por parte da pessoa idosa porque há casos em que são familiares muito próximos os autores da violência, muitos deles são filhos/as e netos/as. O medo inclui a vergonha, o querer encobrir o familiar próximo e, por vezes, a não identificação pela pessoa idosa se se trata de violência ou não. Isto porque, existem formas de violência de difícil percepção para as pessoas idosas. Por exemplo, a discriminação é um tipo de violência que muitas pessoas idosas não a reconhecem dando-se como “vencidas” pela idade avançada.

Existe um consenso acerca da classificação da violência sobre as pessoas idosas: abuso físico, psicológico, negligência, abuso emocional ou abandono, abuso financeiro, abuso sexual, abuso estrutural e social e a falta de respeito e preconceito contra o idoso.

A intervenção que se faz em casos de violência sobre as pessoas idosas, neste momento, tem sido a nível da intervenção médico-hospitalar, social, intervenção médico-legal e a judicial.

Este trabalho está dividido em duas partes. Numa primeira parte está descrito todo o enquadramento teórico composto por cinco capítulos. Anteriormente, existe uma lista de siglas, um resumo e uma introdução. A segunda parte é relativa à componente prática composta por dois capítulos, seguindo-se as considerações finais, a conclusão, a bibliografia e os anexos utilizados para a recolha de informação.

Para terminar, segundo J. Pinto da Costa (2004) “Resta não esquecer que a problemática dos maus-tratos é uma questão sócio-cultural na qual a falta de amor, por agressividade excessiva, é uma componente fatal enquanto não modificarmos o nosso comportamento”.

1ª PARTE

Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I

A Problemática do Envelhecimento

Conceito de Envelhecimento

O conceito de envelhecimento está rodeado de várias teorias. Várias disciplinas como a biologia, a psicologia, a sociologia abordam o envelhecimento de várias formas com várias ligações porque este fenómeno não pode ser visto separadamente.

Edgar Morin (1999) não separa os conceitos de envelhecimento, idoso e velhice, pelo contrário, ele correlaciona-os. Segundo ele o envelhecimento é um processo de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que vão ocorrendo ao longo da vida; o idoso aparece em sequência do envelhecimento. Geralmente é especificado pelo tempo cronológico, mas existem questões físicas, funcionais, mentais e de saúde que podem influenciar, ou seja, é a sua existência físico-temporal; a velhice é a última fase do processo de envelhecimento (nascer, viver e morrer). É um conceito abstracto, sendo impossível delimitá-la em tempo ou em características.

Nas sociedades ancestrais a veneração às pessoas da terceira idade era constante pela sua fonte de sabedoria e experiência. Hoje em dia, assiste-se ao reverso da medalha — a imagem da pessoa idosa tem vindo a sofrer mudanças —, são marginalizados e perdem a sua valorização social. São os danos colaterais do aumento da esperança média de vida, da diminuição da taxa de mortalidade, da diminuição da taxa de natalidade, ou seja, do envelhecimento populacional. Mas não só. Também existe a falta de estruturas organizadas de apoio a esta faixa etária, que está em crescimento, de forma a criar condições favoráveis a uma vida digna onde não haja falhas no que respeita às condições de vida destas pessoas.

Assiste-se a um preconceito intrínseco na sociedade para com as pessoas mais velhas. Ou porque são um encargo económico para a sociedade, ou porque precisam de terceiros para sobreviver, ou porque não percebem nada do que lhes dizem. No fundo, são considerados um estorvo, inúteis, não só para sociedade como no seio de algumas famílias. É um fardo que estas pessoas carregam com muito pesar. E é isso que faz com que os problemas sociais apareçam; não por causa da velhice mas sim por causa da forma como a sociedade a encara. *“O estatuto de velhice jamais é conquistado pelo*

idoso. É-lhe concebido pela sociedade, que define as suas possibilidades e interesse” (Dias, 2005).

Existia a crença na “Golden Age” para a terceira idade onde se juntava a família extensa e coexistia com várias gerações que fazia com que acreditássemos, também, que a velhice era um “Posto”, que a velhice era valorizada e reconhecida nas sociedades tradicionais. Mas não se verificava isso assim tão linearmente, pois além das pessoas idosas serem alvo de valorização também as viam como sinónimo de impotência e inutilidade (Dias, 2005).

Nos inícios do século XX a velhice é desvalorizada por causa da industrialização, da urbanização, do progresso científico e tecnológico, enfim dos factores de modernização. Isto porque, na visão da sociedade as pessoas idosas não conseguem acompanhar esta modernização.

Há várias fases ao longo de muitos séculos de como o idoso era considerado. Na Grécia Antiga a velhice era pouco valorizada, era vista como triste e ridícula. Na Época Romana houve dois períodos: “um favorável, o qual era alimentado pela ideologia do Pater Famílias; outro desfavorável, o do tempo imperial, que a rejeitava” (Dias, 2005).

Até finais do século XVII é promovido o culto à juventude. No entanto, no século XVIII conceitos de velhice e de idosos são regenerados reconhecendo as pessoas idosas como pessoas completas.

Isto até à época das Luzes onde depois foi criada uma legislação no sentido de defender sobretudo os interesses e necessidades das pessoas mais velhas (principalmente os mais desprotegidos).

A partir do século XIX começam a aparecer novas instituições de apoio à terceira idade com vista à sua reincorporação na sociedade, como por exemplo os lares. “O seu isolamento passou a ser institucionalizado e a velhice começou a ser encarada como uma doença social” (Dias, 2005)

Fontaine (2002) definiu envelhecimento como um conjunto de processos ou fenómenos dinâmicos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, e que provocam modificações biológicas ou psicológicas. Para o autor o conceito de envelhecimento difere de conceito de velhice. O primeiro é sinónimo de “senescência” e o segundo representa o grupo das pessoas com mais de sessenta anos.

É importante demonstrar através de dados demográficos tanto a nível mundial como nacional como o envelhecimento está a ser apresentado em números. Os números falam por si.

Dados Demográficos

O envelhecimento demográfico é uma evidência clara a nível mundial. A Organização das Nações Unidas considerou o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento.

Este processo de envelhecimento demográfico ecoa nas diferentes esferas da estrutura social, económica, política e cultural da sociedade, uma vez que tanto as pessoas com mais de 65 anos como as outras faixas etárias (crianças, jovens e adultos), têm urgências específicas para que as condições de vida adquiridas sejam adequadas.

Perante estes factos há a necessidade de descobrir outras soluções para resolver os problemas decorrentes do envelhecimento e, que sejam viáveis para as novas dificuldades que por aí se adivinham.

O Envelhecimento em Portugal

Em Portugal o cenário não é diferente do resto do mundo. Pela primeira vez na nossa história, a proporção de cidadãos com mais de 65 anos, 16,4%, ultrapassou a dos jovens, 16% segundo os últimos Censos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2001. É de referir, também, que mais de metade da população residente em Portugal em 2001 (53,3%) tinham idades compreendidas entre 25 a 64 anos enquanto que apenas 14,3% tinham uma idade compreendida entre 15 e 24 anos. Há assimetrias regionais onde é verificável uma população mais jovem na região Norte do país sendo a população do Alentejo a população mais velha.

Dos dados dos Censos 2001, o INE quando apresentou dados comparativos com as operações censitárias de 1991 e 1981 referiu um “duplo envelhecimento” da população portuguesa. Isto é explicado pelo aumento da população idosa que de 1981 para 1991 aumenta de 26,8% para 51,2% e pela diminuição da população jovem de 33,8% para 15,9% de 1981 para 1991 respectivamente.

A projecção para a população portuguesa é que a população idosa possa vir a representar cerca de 32% da população em 2050.

Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento aumentou de 102 pessoas com mais de 65 anos em 2000 para 116 em 2008 últimos dados do INE. Este aumento do índice é causado pelo envelhecimento da população. Ou seja, a esperança média de vida aos 65 anos aumenta, a taxa de mortalidade diminui, diminui também a taxa de natalidade provocando, então, o envelhecimento da população. Como consequência deste cenário a dependência da pessoa idosa também aumenta. Estima-se que em 2050 o índice de envelhecimento situar-se-ia em 243 cidadãos com mais de 65 anos por cada 100 jovens.

O quadro que se segue mostra o índice de envelhecimento da população em Portugal nos últimos nove anos:

Portugal	Índice de envelhecimento (Nº) por local de residência								
	Período de referência dos dados								
	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
	115,5	113,6	111,7	110,1	108,7	106,8	105,5	104,4	102,2

Índice de envelhecimento (Nº) por local de residência – Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente

No âmbito da população idosa, a dependência aumentou, progressivamente, de 2000 a 2008 com os valores, respectivamente, de 24 e 26 pessoas com mais de 65 anos.

Portugal	Índice de dependência de pessoas com mais de 65 anos (Nº) por local de residência								
	Período de referencia dos dados								
	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
	26,3	25,9	25,6	25,4	25,2	24,9	24,7	24,5	24,2

Índice de dependência de pessoas com mais de 65 anos (Nº) por local de residência – Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente

Tudo isto reflecte o caminho que estamos a seguir, que é o envelhecimento populacional, e leva-nos a pensar em agir criando condições para que todos estes dados apresentados não se revelem, mais tarde, como um “BUM e agora o que vamos fazer?”. Portugal tem que estar atento a vários níveis, económicos, culturais e, acima de tudo, a nível social onde a precariedade tende a instalar-se.

CAPÍTULO II

Um olhar sobre a violência na terceira idade

Violência sobre as Pessoas Idosas

Tanto do ponto de vista da investigação como da identificação a violência sobre as pessoas idosas é um fenómeno ignorado sendo consequentemente a sua prevenção e modos de intervenção negligenciadas.

É difícil, para não dizer quase impossível, encontrar dados oficiais, a não ser os dados recolhidos pela APAV e pela Linha do Cidadão Idoso — pouco divulgados — acerca da predominância, da tipologia, dos factores de risco, dos agressores, das condições de saúde das vítimas, etc.

A importância destes dados tem a ver, também, com o facto deste assunto se direccionar aos Direitos Humanos. O abuso de pessoas idosas é visto por uma vasta comunidade de investigadores e práticos como um problema principal de saúde pública (Ferreira-Alves e Sousa, 2006).

É, então, uma emergência reconhecer que estamos perante um problema social que, não tem sensibilizado muito a nossa sociedade. Isto no sentido da intervenção eficaz, e já não precoce, como deveria acontecer, nas estruturas criadas para as necessidades resultantes do envelhecimento populacional. Sendo prioridade a necessidade de protecção, acompanhamento, reabilitação e reintegração do idoso violentado.

Contextualizemos estas necessidades emergentes seguindo as definições do conceito de violência no idoso.

Há muitas dificuldades em definir o conceito de violência no idoso. Quando assumido como problema social são utilizadas, para estudos e análises, inúmeras designações de violência no idoso. Apesar disso parece haver o consenso de que “ *O conceito de mau trato de idosos se refere a um comportamento destrutivo, dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência (única e regular) não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos*” (Dias, 2005).

O mau trato a pessoas na terceira idade abrange todas as acções e omissões de qualquer membro da família que inflijam um dano físico ou psicológico ao idoso: agressões físicas, verbais e/ou emocionais; desrespeito; descuido na alimentação, habitação ou cuidados médicos; intimidação e ameaças, entre outros (Alarcão, 2002).

Segue-se uma breve descrição de alguns exemplos de maus-tratos que podem acontecer a pessoas idosas:

- Nos maus-tratos físicos definido como a prática de injúrias e coerção física são mais frequentes as fracturas dos membros, contusões, escaras de decúbito, desidratação, atrofia muscular, falta de medicação adequada e lesões traumáticas.
- De entre os maus-tratos psíquicos que consiste na prática da angústia e sofrimento mental salienta-se: as injúrias, a desvalorização da pessoa, o excesso de medicação sedativa, o isolamento, vários processos de humilhação, ameaças e insultos. O idoso que é maltratado psicologicamente comumente “sente medo, apatia e tem dificuldade em tomar decisões. Este tipo de abuso conduz a uma diminuição da dignidade da auto-estima do idoso” (Dias, 2005: 262).
- Já nos maus-tratos morais têm relevância: o abandono, a usurpação de rendimentos, as tentativas de interdição, burlas, falta de alimentação adequada e a falta de higiene.
- Os maus-tratos sociais são, então: desadequação das condições logísticas, falta de condições sociais, falta de apoios de terceiros, inactividade forçada e a escassez de recursos financeiros.

Segundo Ferreira-Alves (2004) “o comité nacional de abuso de idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998), propõe as seguintes definições de sete tipos de abuso para não institucionalizados, com base numa análise e revisão das definições já existentes:

a) **Abuso físico:** o uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A sub medicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria;

b) **Abuso sexual:** contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa;

c) **Abuso emocional ou psicológico:** inflicção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais; a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria;

d) **Exploração material ou financeira:** uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso;

e) **Abandono:** deixar uma pessoa idosa sozinha por parte de quem tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados;

f) **Negligência:** recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso;

g) **Auto-negligência:** comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de auto-negligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em actos que ameaçam a sua saúde ou segurança.”

“Esta tipologia, ou tipologias similares, tem sido explorada no sentido de nela incluir dezenas formas diferentes de cada um dos tipos de abuso. Com base em Anetzberger, 2001 e Nagpaul, 2001, vejamos alguns exemplos de cada um dos diferentes tipos de abuso:

Abuso físico

a) Bater, empurrar, compelir, arranhar ou restringir

b) Ameaçar com uma faca

c) Atacar, danificar ou ferir sexualmente

Abuso psicológico

- a) Gritar, chamar nomes, insultar*
- b) Ameaçar com ferimento físico*
- c) Fechar o idoso num quarto*
- d) Seguir o idoso ou andar sempre à volta dele*

Negligência pelo próprio ou pelos outros

- a) Negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais)*
- b) Não estar a ser tratado por problemas físicos de saúde*
- c) Isolado dos outros*
- d) Vestido inadequadamente face ao tempo ou às condições ambientais*
- e) Falta de cobertura adequada*

Exemplos de Exploração

- a) Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedade ou outros bens sem consentimento*
- b) Assinatura forjada em cheques ou em outros documentos financeiros e legais*
- c) Largas somas de dinheiro retiradas de contas bancárias (sem o seu conhecimento)” (Ferreira-Alves, 2004)*

Posto isto, há também que não esquecer as pesquisas que têm sido feitas no que concerne aos factores de risco de mau trato à pessoa idosa. Factores estes que tornam as pessoas idosas mais frágeis e lesáveis aos seus agressores e aos seus intentos.

Num artigo intitulado “Envelhecimento e violência contra os idosos” de Isabel Dias (2005) são citados dois autores Rosalie S. Wolf e Karl A. Pillemer que perspectivam cinco vectores que podem identificar os factores de risco de maus-tratos a pessoas idosas. Passo a descrever essas perspectivas teóricas. São elas:

— **Dinâmicas intra-individuais** — esta teoria é sustentada no facto das pessoas idosas, que estão a ser cuidadas pelos seus familiares, correrem um maior risco de serem vítimas de abuso se, concomitantemente, tiverem problemas mentais, emocionais ou outros traços psicopatológicos e comportamentos aditivos, como por exemplo, o

consumo de álcool. No entanto, o facto de sofrerem destas patologias faz com que os cuidadores não sejam os únicos “donos da culpa” ou factor de risco para as pessoas idosas, as patologias das vítimas também são um factor a ter em conta.

— **Transmissão intergeracional do comportamento violento** — esta perspectiva realça a vida passada de quem agride. A sua exposição à violência durante a infância, a sua presença a comportamentos violentos sobre os mais velhos conduz a comportamentos futuros de abusos e reprodução daquilo que viu e/ou viveu na infância. Mas o que se verifica maioritariamente não é isso. Pelo contrário, tem-se verificado que nem sempre a violência exercida sobre as pessoas idosas está relacionado com o passado do agressor.

— **Relações de troca e dependência** — esta teoria é considerada por muitos investigadores como um factor de risco importante. Isto acontece porque não só existe a dependência das pessoas idosas sobre os familiares que cuidam delas como existe a dependência dos familiares sobre elas a nível financeiro. Os autores que perspectivaram estes factores sustentam, inclusivamente que, os agressores ainda são mais dependentes das vitimas que o contrário. Essa dependência é, sobretudo, em relação à habitação/residência, sustento do lar, apoio financeiro, etc.

— **Stress** — situações como o desemprego, dificuldades financeiras e o divórcio podem provocar nos indivíduos comportamentos violentos e isso, consequentemente, ser um factor de risco de mau trato a pessoas idosas. Mas esta hipótese não tem sido sustentada com dados empíricos.

— **Isolamento social** — frequentemente, este factor é encontrado de forma sistemática em pessoas idosas vítimas de violência física. Esta perspectiva defende que, o combate ao isolamento do idoso e, até mesmo, à moderação do stress e tensões vividas pelos familiares que têm pessoas idosas a seu cargo podem ser favorecidos pela existência de redes de apoio social sólidas e dinâmicas.

Segundo Dias (2005) “A presença de indivíduos (e.g., profissionais do serviço social, pessoal de enfermagem, etc.) exteriores à família, torna mais difícil a prática de abusos sobre pessoas idosas. Eles não só intervêm, como podem denunciar os maus-

tratos, ou a suspeita da sua existência, às forças de segurança pública e agências de serviço social”.

Em suma, as pessoas da terceira idade podem ganhar uma maior protecção devido a medidas inibidoras como o apoio comunitário, a integração na rede alargada das relações de parentesco e de vizinhança enfim toda uma conjuntura que não deixa o idoso desamparado.

Resumindo, ainda segundo Dias (2005), as cinco teorias descritas anteriormente *“são consideradas como factores que potencialmente podem conduzir a práticas violentas sobre idosos”*. No entanto, existem ainda outros factores que importa acrescentar como, por exemplo, a qualidade das relações entre pais e filhos ou a qualidade das relações conjugais entre casais de pessoas idosas. Mas como diz Dias (2005) ainda há muito trabalho pela frente nesta matéria e um maior desenvolvimento teórico e empírico.

Ainda em relação aos indicadores de abuso a pessoas idosas segundo um estudo de Reis em 2000 verificou que três dos indicadores mais associados ao abuso estavam relacionados com os indivíduos que cuidam das pessoas idosas, com os seus problemas de comportamento, com o estar financeiramente dependente do idoso ou ter problemas mentais ou emocionais. Verificou, também, dois indicadores, que diziam respeito ao idoso, que estavam fortemente associados ao abuso — que eram o facto de no passado o idoso ter sido abusado e de ter conflitos conjugais ou familiares (Ferreira-Alves, 2004).

Outro autor, Wolf (1998), refere factores de risco semelhantes aos descritos anteriormente. A dependência do autor dos abusos, sobre o idoso, principalmente a financeira e o estado psicológico dele são dois dos principais factores de risco. Identifica, também, o estado físico e cognitivo do idoso e o isolamento social da família como factores de risco que dizem respeito ao idoso e à família. Estes factores têm como consequência a negligência e o abuso financeiro (Ferreira-Alves, 2005).

Hirsch (2001) perspectivou medicamente sinais indicadores de abuso. Este autor tem uma perspectiva parecida com os três referenciados anteriormente. Ele está de acordo que quando não há sinais visíveis ou sintomas que reflectam abuso no idoso deve-se proceder a uma investigação sobre os factores de risco, sendo estes avaliados numa exploração profunda e sensível. A excessiva dependência que o idoso pode ter de alguém e o stress de quem cuida dele são os principais factores de risco considerados por Hirsch. Considera, ainda, outros factores como: a existência de uma história de violência familiar, de psicopatologia no cuidador, a dependência que o cuidador tenha do idoso para a habitação ou para ter um suporte financeiro, o ambiente sociocultural, a

personalidade exigente do idoso e a existência de sanções culturais se o cuidador procurar ajuda fora da família (Ferreira-Alves, 2005)

Há, agora, que referir, também, que existe o medo por parte das vítimas de falarem acerca do assunto “abuso”. Estas, muitas vezes, não denunciam o abuso e, até mesmo, encobrem aqueles que os tratam mal. Os motivos de tal atitude relacionam-se com o facto das vítimas terem medo de perder quem cuida deles mesmo que este seja o abusador e no fundo ficarem sozinhos sem ajuda. Ou então existe, também, o receio da institucionalização da pessoa idosa assim como a perda da sua privacidade e das suas relações com os outros familiares. O desassossego toma conta da vítima pelo facto de pensar que o agressor poderá “vir prestar contas com ele”, ou seja, que o persiga por ter denunciado o agressor; assim como a vergonha do caso vir a público, e/ou a vizinhança, por exemplo, saber que era agredido e ter que vir alguém de fora resolver um problema privado. As pessoas idosas que são violentadas evitam, também, falar no assunto com medo que não acreditem nelas ou de serem responsáveis pelo comportamento abusivo do agressor e isso impede-as de denunciar ou reivindicar ajuda (Ferreira-Alves, 2005).

Abuso Financeiro a Pessoas Idosas

“A OMS (2002) define violência contra o idoso como um acto de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso. Essa definição também foi detalhada pela instituição Action on Elder Abuse, no Reino Unido, e adoptada pela INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse) em 2002” (Sanches et al., 2008).

O abuso financeiro é uma das variadas formas de violência perpetrada a pessoas idosas. É uma violência que não é visível através de marcas físicas, mas pode conduzir a tal, não é considerada violência psicológica mas pode, igualmente, levar a pessoa idosa a tal. O abuso financeiro tem, então, um efeito devastador na população idosa. Consequentemente, esta experiência tão perturbadora pode trazer para o idoso um quotidiano “caracterizado pelo medo, falta de confiança e no início, geralmente, de ansiedade aguda e crónica” (Graycar e James, 2000).

O conceito de abuso financeiro a pessoas idosas é difícil de definir por ter um carácter diversificado e complexo. O abuso financeiro “pode ir desde uma falha à

concretização de acesso a benefícios, através da má gestão involuntária e exploração oportunista ,ao abuso intencional e deliberado, frequentemente acompanhado de ameaças e intimidação” (Wilson e brown, 2003).

Segundo Wilber, (1990) abuso financeiro, também referido como exploração financeira, exploração material, abuso material, abuso fiduciário, maus-tratos financeiros e vitimização financeira ou económica é definida como tirar ou apropriação indevida de propriedade de pessoas idosas, posses ou activos financeiros. Reconhecendo o abuso financeiro é necessário, depois, diferenciar situações que envolvem actos desviantes e as que envolvem trocas aceitáveis. Em muitos casos de possível abuso financeiro, o perpetrador suspeito pode argumentar que a pessoa idosa concordou com os termos do acordo.

Mas, segundo Rabiner e outros autores (2004) é necessário uma definição deste conceito que seja aceite mundialmente caso contrário existirá uma incerteza acerca da autenticação do abuso financeiro, do seu relato, da antologia de provas e do julgamento dos perpetradores.

O abuso financeiro representa particularmente uma problemática na área do abuso porque a sua detecção e investigação pode interferir com os direitos e responsabilidades legalmente garantidos dos adultos para celebrar contratos, comprar e vender propriedades a outras pessoas. Por isso, existe uma questão crítica aos profissionais quando confrontados com potenciais situações de abuso que é como distinguir entre as transacções legítimas privadas e interacções abusivas que requerem intervenção (Wilber et. al., 1996).

Além de avaliar o estado da pessoa idosa, determinar que o abuso financeiro ocorreu ou não, requer uma compreensão da relação entre a vítima e o potencial ou presumível perpetrador. Esta tarefa inclui identificar a natureza e a finalidade da relação e determinar a percepção da base em que as trocas se fazem e expectativas de ambas as partes. Segundo Ferreira-Alves (2004) “O abuso emocional e financeiro não é muitas vezes detectável pela simples observação ou pelo simples atendimento.”

Um dos grandes obstáculos à detecção, prevenção e intervenção do abuso a pessoas idosas é o pouco conhecimento que, os profissionais que lidam com esta população têm acerca da prevalência e da referenciação deste tipo de situações.

As causas para a falha no diagnóstico ou notificação de abuso a pessoas idosas por parte dos vários profissionais que lidam com esta população poderão ser, segundo Gonçalves (2006):

- “Escassez ou ausência de treino no reconhecimento de maus-tratos
- Atitude desfavorável face a idosos

- Pouca informação na literatura médica acerca do abuso a idosos
- Relutância em atribuir sinais de maus-tratos (descrença)
- Isolamento das vítimas (idoso que não é observado regularmente por médico/outro profissional de saúde)
- Apresentação clínica subtil (por exemplo, má higiene ou desidratação)
- Relutância/ medo de confronto com o agressor
- Receio em notificar o abuso que ainda só constitui uma suspeita
- Pedido por parte da vítima para não denunciar a situação de abuso
- Falta de conhecimento acerca do correcto procedimento para relatar a situação de abuso
- Receio de colocar em risco a relação com hospital/entidade prestadora de assistência a idosos” (adapt. Swagerly e Takahashi, 1999).

Segundo Ferreira-Alves (2004) “ O abuso é um assunto com demasiado nível de subpreferenciação e deve ser sempre considerado especialmente se se estiver na presença de idosos frágeis ou dependentes”.

A Vítima

O facto da população idosa ser uma população bastante heterogénea no que diz respeito à idade, ao estado civil, às condições de vida, às condições de saúde, em relação à rede social, às relações familiares, aos seus ganhos e bens adquiridos faz com que, tudo isto, potencie um vasto leque de formas que o abuso financeiro pode tomar.

Muitas vezes as pessoas idosas vêm-se “obrigadas” a deixar que sua gestão financeira seja feita por alguém próximo em quem confie. Muitas vezes esta confiança é traída. Há bens que podem ser difíceis de gerir para um idoso, assim como, por exemplo, bens valiosos em forma de propriedade ou segundas casas, posses financeiras complexas, como aplicações, investimentos financeiros. Isso torna o idoso vulnerável e com necessidade de pedir auxílio.

Em seguida, serão descritos alguns dos factores que podem tornar a pessoa idosa vulnerável de ser explorada financeiramente segundo um estudo que foi feito em 2005 por psiquiatras de renome:

- “ Idade avançada (mais de 75 anos)
- mulher

- solteira/viúva/divorciada
- dano orgânico cerebral
- dano cognitivo
- disfunção física, mental ou emocional (especialmente depressão)
- perda recente de esposo ou divorcio
- viver sozinha
- isolamento social
- separada dos filhos
- independente financeiramente sem cuidador financeiro designado
- grupo de rendimento médio ou alto
- a tomar medicação diversa
- enfermidade” (Hall et al.,2005)

As vítimas segundo Ferreira-Alves (2004) “ vivem uma série de receios desde o medo de abandono, à institucionalização até ao temor de serem eles próprios os responsáveis pelo abuso”.

Ainda segundo Ferreira-Alves (2004), que faz referência a Quinn e Tomita (1997), “o abuso a idosos é um assunto sub referenciado, sobretudo pelas próprias vítimas, devido a que as vítimas temem as seguintes ocorrências:

- a) A perda do cuidador mesmo sendo este abusivo
- b) Ficar só sem ter ninguém que o cuide
- c) Ser colocado numa instituição
- d) Perda de privacidade e de relações familiares
- e) Recriminações pelo alegado abusador
- f) Exposição pública e intervenção exterior
- g) Ninguém acreditar no abuso
- h) Serem responsáveis pelo comportamento abusivo”.

Os Perpetradores

Alarcão (2002) refere que para existir violência tem que existir um abusador ou agressor, uma vitima e o exercício de poder através do uso da força como nos refere. O uso da força não será só a força física mas, também, a força psicológica, a económica e social, servindo como um álibi para a resolução de conflitos interpessoais.

Goleman (1997) cita que nos dias de hoje se assiste a um tumultuado conjunto de notícias de violência que são o espelho dos aumentos do desespero, da inquietação das nossas famílias, das nossas comunidades, das nossas vidas.

Para termos uma ideia do tipo e da prevalência do abusador num caso de violência a pessoas idosas, vejamos;

“— O National Elder Abuse Incidence Study (1998) e a secção de estatísticas do departamento de justiça norte-americano referem que:

- 90% dos incidentes de maus-tratos e negligência são provocados por familiares sendo que, dois terços são filhos ou cônjuges;” (Ferreira-Alves, 2005).

Ramsey-Klawnsnki (2000) distingue cinco tipos de abusadores segundo a sua personalidade. São eles os stressados, os limitados, os narcisistas, os dominadores e os sádicos.

Os **stressados** são considerados abusadores episódicos, ou seja, são esporádicos nas suas acções violentas e isso acontece quando a carga de trabalho e de responsabilidade excede a capacidade de quem esta a cuidar do idoso. Este facto é, também, um factor de risco de abuso. De acordo com Hirsch (2001) “ devido a stressores externos como o emprego, a família ou as finanças pessoais, a falta de suporte social, o esgotamento emocional, depressão ou o aumento das necessidades de cuidados de um familiar demente” a relação entre o cuidador e o idoso pode ser de baixa qualidade (Ferreira-Alves, 2004).

Os **limitados** exercem maus-tratos às pessoas idosas sob a forma de negligência que, em alguns casos, pode avançar para o abuso na forma física ou psicológica, tudo depende das limitações ou deficiência que o cuidador apresenta.

Os **narcisistas** são adeptos, sobretudo, da violência na forma da exploração financeira e da negligência, sendo estas permanentes e em constante crescimento.

Os **dominadores** e os **sádicos** são dois tipos de cuidadores mais temidos pelas vítimas. Os maus-tratos aspiram à permanência.

Verificou-se, ainda, que em 90% das denúncias mais graves os responsáveis eram familiares próximos, como os filhos, fazendo, muitas vezes, com que as pessoas idosas, embora conhecedores de seus direitos, retirassem a queixa para autoprotecção ou protecção da família.

A questão da denúncia do agressor familiar, no entanto, continua a não ser abordada em todas as suas facetas. São muitos os casos de omissão ou negligência que

ocorrem pela exclusiva falta de orientação adequada dos familiares. Nesses casos, punir com pena de prisão pode, muitas vezes, significar o afastamento da única pessoa que pode cuidar desse idoso, desde que adequadamente orientada.

Alguns factores de risco associados ao agressor:

- ✓ Sobrecarga física e/ou emocional;
- ✓ Perturbações psicopatológicas;
- ✓ Abuso de álcool e/ou de outras drogas;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Pouca preparação para a prestação de cuidados;
- ✓ Cuidador depende economicamente do idoso;
- ✓ Experiência familiar de violência. (Hall et. al.,2005)

Algumas características de perpetradores homens:

- ✓ Perturbação de carácter anti-social ou sociopata
- ✓ Desenvolvendo um papel de prestador de cuidados
- ✓ Viver com a vítima
- ✓ Ser economicamente dependente da vítima
- ✓ Ter um historial de doença ou abuso de substâncias
- ✓ Geralmente familiar da vítima
- ✓ Ter problemas de saúde (Hall et. al.,2005)

Algumas características de perpetradores mulheres:

- ✓ Tem alguma relação de prestação de cuidados com a pessoa idosa;
- ✓ Fomenta o sentimento de vulnerabilidade e dependência;
- ✓ Isola o idoso dos familiares e outros contactos sociais;
- ✓ Apresenta-se como protector da vítima idosa enquanto a isola dos outros;
- ✓ Aumenta a inadequação e diminui a auto-estima da vítima fazendo a/o mais vulnerável;
- ✓ Normalmente tem um historial de múltiplas relações instáveis;
- ✓ Normalmente falsifica credenciais ou aparenta/ostenta poder, um papel, ou posição oportunista;
- ✓ Psicologicamente disfuncional;
- ✓ Predador;
- ✓ Anti-social com pouca consideração pelos direitos dos outros;

- ✓ Identifica metodicamente as vítimas e estabelece poder e controlo totais sobre elas;
- ✓ Ganha controlo dos bens através do engano, intimidação e abuso psicológico (Hall et. al., 2005)

CAPÍTULO III

Conceito de Suporte Social

Conceito de Suporte Social Percebido

Conceito de Suporte Social Recebido

É fundamental definirmos o conceito de suporte social percebido pois este será uma base de apoio aos resultados apresentados.

Não se pode definir o conceito de suporte social percebido sem que se defina, primeiro, o conceito de suporte social. Segundo Paúl (2005), o suporte social reporta sobretudo, principalmente, três medidas:

- A integração social — frequência de contactos com os outros
- O suporte recebido — quantidade de ajuda efectivamente fornecida por elementos da rede
- O suporte percebido — a percepção que o indivíduo tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida

Suporte social é definido por Cobb (1976) como sendo:

- informação que transmite a crença ao indivíduo de que ele é amado e que os outros se preocupam com ele;
- informação que transmite ao indivíduo a crença no valor que tem e que este é valorizado pelos outros;
- informação que transmite ao indivíduo a crença de que faz parte de uma rede de comunicação onde existem obrigações mútuas.

Já Dunst e Trivette (1990) sustentam que o suporte social é um suporte referente aos recursos disponíveis aos indivíduos e redes sociais, assim como a família por exemplo, que respondem aos pedidos de ajuda e assistência. Estes autores falam ainda de duas fontes de suporte social:

- A informal — incluem, em simultâneo, os indivíduos, como os

familiares, os amigos, os vizinhos, etc., e os grupos sociais, como os clubes, a igreja, trabalho, etc., com o objectivo de fornecer apoio nas actividades diárias respondendo a coisas que acontece de normal ou não na vida.

- A formal — incluem todas as organizações sociais formais, como os hospitais, os serviços de saúde, etc., e, também, os profissionais, como os médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, e que estão organizados com o objectivo de fornecer assistência ou ajuda às pessoas com necessidades.

Segundo Sarason, Levine, Basham & Sarason (1983), o suporte social é definido como sendo “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”.

As redes sociais (família e amigos) e a interacção existente nelas faz com que a pessoa idosa esteja acompanhada, se sinta pertencente a um grupo, possa desabafar, sentir-se segura e protegida. Deste factor social espera-se que promova na pessoa idosa uma auto-percepção positiva quanto ao envelhecimento. Segundo Krause (1997), quanto maior forem os recursos sociais de uma pessoa maior e mais favorável será a percepção que têm de si e das situações. Sergin (2006) afirma, também que o suporte social é muito importante não só nas tarefas de desenvolvimento inerente ao envelhecimento mas, também, no apoio dirigido às pessoas idosas dado as exigências do meio envolvente.

Segundo Lin et. al. (1986), definem suporte social como sendo as ajudas instrumentais e/ou expressivas, reais ou percebidas, que são proporcionadas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos.

Vaux (1988) propõe um modelo ecológico de suporte social. Define o conceito de suporte social como um metaconstructo que é constituído por três elementos conceptuais que se relacionam com a interacção existente entre o indivíduo e o ambiente. São eles: os recursos da rede de apoio, o comportamento de apoio (material e emocional) e as avaliações que se fazem do apoio sendo a sua valoração de carácter subjectivo. Vaux acentua, ainda factores pessoais, tais como traços de personalidade, recursos pessoais e competências e factores de contexto social como, por exemplo, família, papéis sociais, a comunidade envolvente e factores de stress. Estes factores relacionam-se entre si influenciando os recursos da rede, o comportamento de apoio e as suas avaliações.

Norris e Kaniasty (1996) dizem que embora haja variadíssimas medidas de apoio social as medidas de suporte percebido parecem traduzir um efeito mais forte e consistente tanto na saúde como no bem-estar das pessoas idosas.

Krause (2001) diz que este suporte social percebido tem a ver com aquilo que pessoas com significado afectivo possam dar no que concerne a ajuda em caso de necessidade. Diz, também, que mediante as experiências passadas nesse sentido a crença é reforçada ou não.

Nunes (2005) diz que as medidas de suporte social são construídas baseadas em algumas perspectivas e teorias subjacentes “podendo incidir sobre uma única vertente, a estrutural ou a funcional ou então revestir uma forma mista”.

Na vertente estrutural são incluídos os instrumentos centrados nos aspectos quantitativos do suporte, sendo uma avaliação objectiva que fornece um índice objectivo e directo do apoio que é disponibilizado.

Na vertente funcional são incluídas medidas funcionais procurando chegar a índices qualitativos do suporte social, tendo uma avaliação dirigida para a satisfação do apoio recebido, ou seja, “o grau da felicidade em determinada relação. No entanto, estes métodos têm a característica de serem algo subjectivos.

Ainda segundo Nunes (2005) dentro das medidas funcionais existem dois tipos distintos: as que medem o suporte social percebido e as que medem o suporte social recebido. Quanto às medidas do suporte social percebido, estas baseiam-se na disponibilidade que é percebida por alguém em caso de necessidade, isto é, a crença de um indivíduo na importância da sua rede social para o seu estado psicológico independente da real condição em que ele se encontra (Barrón, 1996). Em relação ao suporte social percebido Sarason, *et al.* (1990), diz que ele é estudado como variável da personalidade, sendo estável ao longo do tempo e tendo origem nas experiências de apego.

Quanto às medidas do suporte social recebido, estas avaliam, em termos de quantidade, a ajuda que realmente o indivíduo recebeu de outras pessoas num determinado período (que pode ir de um mês a um ano). A informação que é obtida, acerca do apoio dado pelos outros, através do auto-relato daqueles que recebem o apoio é referente à percepção que essas pessoas têm dos acontecimentos do passado mais do que à percepção de que o apoio está disponível se necessário (Sarason, *et al.*, 1990).

Algumas dúvidas têm sido apontadas em relação a estas medidas. Isto porque, estas medidas baseiam-se na recordação, na falta de acordo entre quem dá e quem recebe o apoio e, também, porque o comportamento de quem recebe o apoio é fruto não

só daquele que está disponível para dar o apoio mas, também, da percepção que os outros têm em relação à necessidade de ajuda e apoio do indivíduo (Nunes, 2005).

Quem também faz a distinção entre suporte social percebido e suporte social recebido são Cramer, Henderson e Scott (1997). Eles definem o primeiro suporte como aquele que um indivíduo percebe como estando disponível para ele caso ele venha a precisar e o segundo suporte é definido como o apoio que foi recebido por alguém. Ainda fazem mais outra distinção em relação ao suporte social: o suporte social descrito que se refere à presença de um comportamento muito particular de suporte e o suporte social avaliado referente à avaliação que é feita acerca da percepção desse comportamento de suporte como sendo satisfatória.

Para terminar poderemos, ainda, dizer que, e segundo Matos e Ferreira (2000):

- “Nesta área de investigação, os autores têm salientado as dimensões positivas do apoio social, mas há um crescente corpo de literatura que aponta os aspectos negativos das relações sociais, em que os autores se interessam pelo estudo de factores de vulnerabilidade mas, também por temas como os factores de resiliência e o apoio social.
- O papel do apoio social percebido é enfatizado, referindo-se a importância dos aspectos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma cognitivo da Psicologia contemporânea” (Nunes, 2005).

CAPÍTULO IV

Conceito de Actividades da Vida Diária

Na década de 50 muitos investigadores estavam de acordo com o facto do processo de envelhecimento estar relacionado com mudanças ocorridas ao longo do tempo e que traduziam pela perda evolutiva das capacidades terminando em morte. Por causa disso uma equipa liderada por Katz e Chinn começou por fazer vários estudos a fim de desenvolver um método de obtivesse informação quantitativa a respeito da perda evolutiva das capacidades e do crescente aumento da morte. Foi com os resultados obtidos que desenvolveram um instrumento que pretende avaliar a independência funcional das pessoas idosas para tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilizar-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se sendo estas actividades consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas (Duarte, 2007).

Designam-se por, actividades da vida diária (AVD) todas as acções desenvolvidas pela pessoa no seu quotidiano e que dizem respeito ao assegurar de condições de sobrevivência e bem-estar pessoais. Estão em causa todas as competências que podem ser incluídas no quadro de autonomia da pessoa.

As condições crónicas das pessoas idosas, ou seja, estados permanentes ou de longa permanência que podem decorrer de uma ou mais doenças ou limitações, tendem a manifestarem-se de uma forma mais clara com o envelhecimento. Não sendo fatais visam comprometer a qualidade de vida do idoso de uma forma significativa, podendo causar instabilidade emocional e psicológica ao próprio idoso (Duarte, 2007).

Segundo Verbrugge, geralmente estas condições crónicas geram um processo incapacitante, ou seja, afectam a funcionalidade do idoso sendo consequencial o desempenho das AVD's (cit. por Duarte, 2007).

Estas actividades subdividem-se, conforme Pavarini (2000) e Baltes (1995) em: Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) e Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's). As ABVD's são, então, aquelas actividades que estão relacionadas com o auto-cuidado como, por exemplo, alimentar-se, tomar banho, vestir-se, usar a casa de banho, mobilizar-se e continência. As AIVD's são as actividades que indicam a capacidade de um indivíduo de levar uma vida independente dentro do meio onde vive e inclui, também, a capacidade de, por exemplo, preparar uma refeição, ir às compras, cuidar da casa,

utilizar o telefone, utilizar um transporte, tomar os seus medicamentos, administrar as próprias finanças (cit. por Duarte, 2007).

James, (2008) sugere que ABVD's "geralmente é restrito a actividades que envolvam mobilidade funcional (locomoção, locomoção de cadeira de rodas, mobilizar-se para a cama e transferência) e cuidados pessoais (comer, higiene, ir à casa de banho, tomar banho, vestir). Acerca do AIVD's, uma definição inicial vem citada por Katz (1983) "... actividades instrumentais da vida diária são funções que estão concentradas na capacidade de uma pessoa para lidar com o seu ambiente em termos de tarefas adaptáveis, como compras, cozinhar, cuidar da casa, lavandaria, uso de transporte, gestão do dinheiro, a utilização do telefone e o administrar a medicação".

Em cada uma das áreas consideradas existem competências com diversos níveis de exigência, tanto do ponto de vista cognitivo como do ponto de vista motor.

A aquisição destas competências é de extrema importância uma vez que delas depende o nível em que a pessoa está dependente da ajuda de outros e consequentemente o seu próprio nível de auto-estima e satisfação pessoais.

A realização de (AVD's) é algo que usualmente vai sendo interiorizado e efectuado de forma natural ao longo do desenvolvimento. Está em causa a promoção da sua autonomia e bem-estar nesta estrutura, e também o seu bem-estar e independência em geral.

A avaliação que se pode fazer do estado de saúde da população idosa utilizando os indicadores de morbilidade, abordando, também, as incapacidades, tem vindo a demonstrar que estes são os mais adequados, na medida em que reflectem o impacto que a doença/incapacidade tem na família, no sistema de saúde e na qualidade de vida do idoso (Chaimowicz, 1998 e Schoueri, 2000 cit. por Duarte, 2007).

A OMS introduz a importância da funcionalidade em termos de avaliação da saúde afirmando que, esta era uma condição ou uma qualidade do organismo humano que se manifestava pelo seu bom funcionamento em determinadas condições genéticas ou ambientais (Comissão sobre a Doença Crónica, 1957 cit. por Duarte, 2007).

A avaliação da funcionalidade verifica o nível do agravamento do desempenho das AVD's, por causa das doenças ou incapacidades das pessoas idosas, de forma autónoma e independente. Esta avaliação é essencial para estabelecer um diagnóstico clínico adequado que servirá de base para que os profissionais possam tomar decisões acerca de tratamentos e cuidados que são necessários para restabelecer a condição necessária para o desempenho de funções essenciais para a vida diária.

“ A base dessa definição é o conceito de função definido como a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social” (Araoz, 1994 cit. Duarte, 2000).

Para avaliar a funcionalidade são utilizados vários instrumentos sendo o Índice de Katz, publicado pela primeira vez em 1963, o mais utilizado em estudos nacionais e internacionais.

Como curiosidade, importa dizer que, Katz juntamente com os seus colaboradores demonstram que a recuperação do desempenho funcional das seis actividades consideradas básicas no dia-a-dia das pessoas pertencentes à terceira idade era idêntica à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança.

CAPÍTULO V

A Nível Médico-Legal

O instituto medicina legal, no que diz respeito ao abuso a pessoas idosas, é a entidade responsável por recolher as provas necessárias para que sejam utilizadas em tribunal em caso de constituição de crime. Há uma necessidade intrínseca de melhorar as provas que advêm do abuso a pessoas idosas como reforço ao desenvolvimento de políticas públicas e sociais e promoção de iniciativas que protejam estas mesmas pessoas e que podem ser tomadas pelo sector da saúde, social, financeiro, legal entre outros.

Segundo Cooper et. al. (2006), é difícil a recolha de informação sobre o abuso que seja confiável tendo em conta que as vítimas possam sofrer de limitações físicas e cognitivas, e o auto-relato do abuso, por exemplo, pode não ser tão fidedigno como pareça ser.

Segundo Sousa (2004) deve-se dar prioridade ao desenvolvimento de leis capazes de atender às necessidades e que garantam os direitos da população idosa. O dever do Estado e da família, colaborarem e contribuírem para que o idoso conquiste uma velhice digna e de preferência no âmbito familiar.

A família deverá ter a consciência que é a ela que cabe o papel de protecção, tutela jurídica e amparo das pessoas idosas, sendo que é impossível o Estado, unicamente, oferecer uma situação de estabilidade e segurança aos nossos cidadãos com mais de 65 anos.

Embora existam leis que protejam as pessoas idosas de situações de abuso, o certo é que estas situações são encobertas tanto por parte das próprias pessoas lesadas como por parte de quem tem conhecimento destes casos. Muitos casos de abuso não dão entrada nos serviços de saúde ou até mesmo nos serviços de medicina legal porque as próprias vítimas não apresentarem queixa, as denúncias são inexistentes. Muitos destes agressores são elementos da família e é muito angustiante para o idoso denunciar uma situação destas.

Segundo a Constituição da República Portuguesa, Artigo 72.º diz o seguinte:

“(Terceira idade)

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade” (PARTE I - Direitos e deveres fundamentais, TÍTULO III - Direitos e deveres económicos, sociais e culturais).

Os profissionais que lidam com idosos, ou com situações de ilegalidades que incluam os idosos, ou até mesmo conhecimento de abuso a idosos deverão, de imediato, caso não consigam atender às suas necessidades imediatas, reencaminhá-lo, por exemplo, para um gabinete de medicina legal, apresentar queixa na polícia, ou se isso ainda não for o suficiente, apresentar queixa no Ministério Público (MP). Se forem profissionais com competências para cuidar destes casos deverão:

- Identificar sinais e sintomas de abuso
- Avaliar verosimilhança das explicações
- Registo clínico completo e pormenorizado das lesões observadas
- Avaliar estado mental do idoso e factores de saúde que o afectem
- Tratar lesões
- Rastreio de situações de abuso

Quando existe somente a suspeita deverá haver uma conversa com o idoso, ensinando medidas de protecção, fornecendo contactos (APAV, Polícia Judiciária (PJ), vizinhos...), fazendo visitas domiciliárias de surpresa, avaliar e apoiar os cuidadores desses idosos. Tudo isto, seria perfeito se esse trabalho fosse feito com equipas multidisciplinares a fim de se recolher uma informação mais rica em factos probatórios importantes para serem utilizados nos relatórios referentes ao idoso e, consequentemente, em tribunal caso a situação seja considerada uma situação de abuso e seja, também, denunciada.

A única lei de protecção que existe aos idosos está consagrada no Código Penal, no artigo 152º, não esquecendo que esta lei não se aplica exclusivamente a idosos mas também a crianças, deficientes e outras pessoas “ particularmente indefesas”:

Artigo 152º (violência doméstica)

1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais:
 - a. Ao cônjuge ou ex-cônjuge
 - b. A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges ainda que sem coabitação
 - c. O progenitor de descendente comum em primeiro grau; ou
 - d. A pessoa particular indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica que com ele coabite;é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, num domicílio comum da vítima é punido com pena de prisão de 2 a 5 anos.
3. A mesma pena é também aplicável a quem infligir a progenitor de descendente comum em 1º grau maus tratos físicos ou psíquicos.
4. A mesma pena é aplicável a quem, não observando disposições legais ou regulamentares, sujeitar trabalhador a perigo para a vida ou a perigo de grave ofensa para o corpo ou a saúde.
5. Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:
 - a. Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos;
 - b. A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.
6. Nos casos de maus tratos previstos nos nºs 2 e 3 do presente artigo, ao arguido pode ser aplicada a pena acessória de proibição de contacto com a vítima, incluindo a de afastamento da residência desta, pelo período máximo de dois anos.

Segundo a lei portuguesa a violência doméstica é, desde 2000, considerada crime público. Ou seja, este tipo de crime não depende da apresentação de queixa por parte da vítima, nem depende desta para o avanço do processo em tribunal. O processo é iniciado por uma denúncia que pode ser feita por qualquer cidadão. Esta denúncia deverá ser feita a órgãos de polícia criminal, ou seja, às autoridades judiciais, ao Ministério

Público, ou Institutos ou gabinetes de Medicina Legal. O MP promove então todo o processo penal.

Denúncia

A nova lei vem fixar **o prazo de 10 dias para a transmissão da notícia do crime ao MP pela entidade que presenciou o crime ou recebeu a denúncia:**

- ✓ Sempre que uma autoridade judiciária, órgão de polícia criminal (OPC) ou outra entidade policial presenciarem qualquer crime de denúncia obrigatória (crimes públicos), levantem auto de notícia, que remetem ao MP no prazo máximo de 10 dias (**art.º 243.º, n.º 3**);
- ✓ A denúncia feita a entidade diversa do MP, é transmitida a este no prazo máximo de 10 dias (**art.º 245.º**);
- ✓ Os OPC que tiverem notícia de um crime, por conhecimento próprio ou mediante denúncia, transmitem-na ao MP no prazo máximo de 10 dias.

Denúncia anónima: art.º 246.º, n.ºs 5, 6 e 7 – determina-se que a **denúncia anónima só determina a abertura de inquérito se dela se retirarem indícios da prática de crime ou se ela própria constituir crime** (por ex.: difamação, denúncia caluniosa, etc.); para viabilizar o procedimento criminal nestes casos, a autoridade judiciária informa o titular do direito de queixa da existência da denúncia. Esta é, assim, uma das exceções à regra geral, prevista no **art.º 262.º, n.º 2**, de que a notícia de um crime dá sempre lugar à abertura de inquérito.

É difícil intervir nos casos de abuso a pessoas idosas e, principalmente, na exploração financeira, à qual não encontramos provas visíveis, como a violência física por exemplo.

As vítimas que são abusadas financeiramente podem, de facto, estar envergonhadas ou até com medo e, por isso, não são receptivas de reportar os acontecimentos podendo mesmo recusar reconhecer o abuso. Podem não estar capazes, também, de discutir e confirmar as suas suspeitas que estão a ser exploradas.

Para provar, para arranjar provas que possam ir a tribunal para incriminar o perpetrador vários caminhos se pode tomar. Um exemplo será um exame psicológico, pois a exploração financeira é uma violência que irá trazer danos psicológicos ao idoso. No entanto, há pessoas idosas que estão conscientes de que são exploradas mas por outras razões escolhem não fazer nada para o alterar (Penhale, 2003).

Por exemplo, a vítima pode depender do abusador como suporte social e emocional (Wilson et al., 2003). É difícil para os profissionais, familiares e cuidadores

reconhecerem que o abuso está a acontecer. Tentar provar que o abuso financeiro possa estar a acontecer é particularmente difícil. (Pritchard, 1995).

Há alguns indicadores que podem ajudar os profissionais de saúde, assistentes sociais, polícia, investigadores a reconhecer o abuso financeiro na população idosa:

- ✓ Alterações repentinas nas contas bancárias, incluindo levantamentos inexplicados de grandes somas de dinheiro por uma pessoa acompanhando o idoso;
- ✓ Incluir, de forma repentina, nomes adicionais na conta bancária do idoso;
- ✓ Alterações inexplicáveis de testamento ou, então, a criação de um;
- ✓ Assinaturas em cheques que não se assemelham a assinatura do idoso, ou estão assinadas quando o idoso não sabe escrever;
- ✓ O aparecimento repentino de familiares reclamando direitos sobre os assuntos e posses do idoso;
- ✓ Transferência inexplicada e repentina de bens para um familiar ou alguém fora da família;
- ✓ Numerosas contas para pagar, rendas em atraso, quando alguém é suposto estar a pagar as contas pelo idoso;
- ✓ O desaparecimento inexplicado de fundos ou valores como arte, objectos de casa, jóias, escrituras;
- ✓ Os familiares que vivem com o idoso, recusam o pagamento de renda e coagem o idoso a cuidar de netos sem pagamento;
- ✓ Isolamento deliberado do idoso e amigos da família tendo como resultado o controle de tudo o que é do idoso por parte do cuidador;
- ✓ Uso de documentos legais como procurações que o idoso não percebeu quando assinou;
- ✓ O uso da procuração e outras estratégias legais para fins que privilegiam o usuário da procuração.

Estas são algumas das indicações de que o idoso pode estar a sofrer de exploração financeira e o alerta deverá ser dado.

No entanto, existe um entrave que deverá ser tomado em conta. O facto de até que ponto se deverá intervir nos negócios de dois adultos? Na realidade é disso que se

fala, isto porque, o abuso só se torna perceptível apenas depois da exploração financeira se ter concretizado.

Mas o mais importante que tudo deverá ser o facto de termos consciência que quanto mais rápido se intervir nestas situações menor poderá ser o potencial dano (o dano propriamente dito e os danos colaterais do abuso) e, também, consciência das dificuldades incumbidas à intervenção destes casos de abuso. Segundo Wilber et. al., (1996) “ Devemos ser sensíveis a ambos os perigos de intervir demasiado tarde e por isso deixar o idoso em risco e intervir demasiado cedo e privar o idoso da sua auto-estima e sentido de controlo” (Kapp, 1990 e Wilber e Reynolds, 1995).

Em suma, no nosso país as leis punitivas do abuso não são inexistentes. No entanto, deveria existir uma legislação diferenciada para cobrir os abusos à população idosa e protege-la de uma forma mais eficaz.

2ª PARTE
Componente Prática

CAPÍTULO I

Objectivos e Metodologia

Objectivos do Estudo

O objectivo deste estudo prende-se com a preocupação que, hoje em dia, se faz sentir junto da população idosa e dos investigadores nesta área, acerca do abuso financeiro de que aquela população pode ser alvo. Nos pontos que se seguem são descritos os objectivos propostos para serem analisados:

1. Descrever indicadores de prevalência de abuso financeiro de uma amostra de pessoas idosas que vivem na comunidade
2. Descrever o nível de funcionalidade para as actividades de vida diária de uma amostra de pessoas idosas
3. Descrever o grau de Suporte Social Percebido da mesma amostra
4. Avaliar a relação entre indicadores de abuso financeiro, nível de funcionalidade para as AVDs e o suporte social percebido.

Metodologia

Neste ponto são descritos os métodos e as técnicas que foram utilizadas, assim como os procedimentos adoptados para a concretização dos objectivos deste projecto.

Questão de Partida

Será que o abuso financeiro preconizado na população idosa se relaciona com o suporte social que lhes é dirigido e, com o mal-estar/bem-estar na sua saúde e no seu dia-a-dia?

- **Hipóteses**

Com base na imensa pesquisa bibliográfica feita acerca do tema e que foi apresentada na primeira parte deste trabalho surgiram as seguintes hipóteses que serão discutidas (aprovadas ou refutadas) no capítulo II:

Hipótese 1 — Quanto maior é a prevalência de abuso financeiro maior a dependência do idoso face às actividades da vida diária.

Ou seja, o que se pretende saber com esta hipótese é a relação que possa existir entre a prevalência do abuso financeiro e a dependência do idoso. Será que o facto de um idoso estar mais dependente a nível das AVD's faz com que ele esteja mais vulnerável ao abuso financeiro? Pode a dependência de um idoso face às AVD's prever o abuso?

Hipótese 2 — Quanto menor é o suporte social dirigido ao idoso maior é a prevalência de abuso financeiro.

Isto é, pretende-se saber se o suporte social que é dirigido ao idoso pode ou não interferir com a frequência de abuso financeiro. Será que um menor suporte social de um idoso dita a vulnerabilidade dele perante o abuso financeiro?

Procedimentos

O estudo foi feito com uma amostra de pessoas com mais de 65 anos aquando de visitas domiciliárias prestadas por uma organização humanitária e, também, no Lar e no centro de acolhimento temporário da mesma organização. Após a obtenção da autorização e concordância superior da organização humanitária com delegação em Braga, para a realização deste projecto, foi feita uma reunião com os técnicos que fazem parte das equipas do SAD, do CAT e do Lar referindo, com pormenor, os objectivos e os processos de recolha de dados.

A investigadora principal, será introduzida e apresentada a cada pessoa idosa pelas pessoas que lhes prestam os cuidados sejam eles domiciliários ou no lar e que já são suas conhecidas. De seguida a investigadora pedirá o consentimento informado a cada potencial participante, e caso esse consentimento seja dado, serão administrados os seguintes instrumentos pela ordem apresentada: a) mini-cog; b) Índice de katz para actividades de vida diária, c) Escala multidimensional de apoio social percebido e d) Avaliação do Abuso financeiro.

Depois, os dados recolhidos serão analisados quantitativa e qualitativamente para que possam responder aos objectivos deste estudo.

Participantes

A amostra foi seleccionada dentro de uma organização humanitária que presta serviços de apoio domiciliário em Braga. Os participantes escolhidos foram retirados dos três serviços pertencentes a essa organização: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Acolhimento Temporário (CAT) e Lar.

O SAD tem 43 utentes: 7 não tinham idade superior a 65 anos; 2 não puderam participar por se encontrarem doentes; e outros 2 estavam a entrar e a sair do SAD, respectivamente, e devido à actualização da informação dos serviços, não foram contactados.

Foram contactados pela coordenadora dos serviços do SAD 32 utentes sendo-lhes pedido para participarem no estudo. Desses 32 utentes 5 recusaram participar.

O CAT acolhe pessoas em risco de maus tratos e providencia abrigo temporário até que seja dada uma resolução à situação. Apenas uma pessoa nestas instalações pôde participar uma vez que todos os outros não tinham pelo menos 65 anos de idade.

O lar está vocacionado para pessoas idosas, apesar de que neste caso acolhe outros residentes, sem idade superior a 65 anos. Foram seleccionados 12 utentes. A pedido da directora do lar os seleccionados aceitaram participar no estudo.

Foram reunidos um total de 40 participantes.

Os participantes foram questionados sobre as suas condições de vida (questionário sócio-demográfico), as suas funcionalidades (Katz Index [Katz, 1963]), o seu suporte social (Escala multidimensional de suporte social percebido [Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988]) e a ocorrência de abuso financeiro (versão portuguesa de teste do questionário de Comijs [Comijs, 1999])

Caracterização dos Participantes

A população idosa que participou neste estudo foi seleccionada, então, dos serviços de auxílio de uma organização humanitária (SAD; Lar e CAT).

Foram contactados 40 indivíduos com mais de 65 anos (27 pertenciam ao SAD, 1 ao CAT e 12 ao Lar). Destes 40 contactados, 10 apresentaram défice cognitivo, avaliado pelo mini-cog, pelo que foram excluídos da análise. Assim sendo, a amostra validada é

constituída por 30 pessoas (21 do sexo feminino e 9 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 66 e 97 anos, 21 participantes provenientes do SAD e os restantes 9 do Lar.

A média das idades é de cerca de 80 anos ($Dp=8$).

No que diz respeito ao estado civil desta amostra pode-se dizer que uma minoria é dividida entre a categoria de solteiro/a (6,7%) e divorciado/a (6,7%), 33,3% são casados/as e 53,3 % são viúvos/as.

As profissões dos inquiridos têm como uma maioria de 33,3 % de trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio (que inclui as empregadas domésticas e cozinheiros, por exemplo), seguindo-se com 26,7 % os operários, artífices e trabalhadores similares (tendo como exemplo, electricistas, empregados fabris, alfaiates, modistas, etc.) e com 20% trabalhadores agrícolas não qualificados.

Em termos de escolaridade a amostra apresenta uma alta percentagem (56,7 %) de pessoas com mais de 65 anos que frequentaram o ensino até ao quarto ano, 23,3 % não têm qualquer escolaridade. Acima de nove anos de escolaridade apenas 16,7% e um só participante reportou ter ido até ao décimo primeiro ano de escolaridade.

Instrumentos

No total foram aplicados quatro instrumentos e, adicionalmente, um consentimento informado do qual constavam os objectivos do estudo, o uso da informação recolhida e a garantia da confidencialidade das respostas dadas.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

a) Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico é um questionário de auto-relato e tem como objectivo recolher alguns dados referentes aos seguintes itens:

Código de participante, condições de aplicação, que indica o serviço de que o participante usufrui, género, idade, estado civil, escolaridade, profissão, com quem vive, se tem alguém em quem pode confiar e se das pessoas com quem vive ou com quem viveu se alguma teve algum problema grave de saúde, com a justiça, na escola, no emprego e que tenham causado instabilidade na família.

Depois deste questionário é aplicado o mini-cog.

b) Mini-Cog (Doerflinger, 2007)

Este exame do mini-cog foi escolhido com o fim de se poder diferenciar as pessoas idosas que apresentam referências de demência e de não demência, isto porque, existe um aumento da incidência do dano cognitivo com a idade.

É um instrumento usado para a detecção rápida e fácil de demência em várias situações, sendo avaliado o registo, a memorização e a função de execução de uma pessoa.

O mini-cog é percebido como um instrumento que, por ser breve, não causa um estado de stress para os participantes, como o que normalmente acontece com outro longo teste de estado mental. A escolha recai, também, pelo facto de este ser indicado para ser usado com pessoas idosas em várias linguagens heterogêneas, cultura e níveis de literacia.

Este instrumento é composto por três itens de repetição e o teste do desenho do relógio (CDT). O insucesso na repetição dos três itens depois de ser feito o teste distractor do desenho do relógio a pessoa é classificada de demenciada. Por sua vez, o sucesso na repetição dos três itens a pessoa é classificada de não-demenciada. Para os indivíduos que conseguirem repetir apenas um ou dois itens são classificados de demenciado/não demenciado segundo os resultados advindos do teste do desenho do relógio. Este teste do desenho do relógio pode ser anormal sendo equivalente à demência e pode ser normal equivalendo a uma não-demência (Borson, S., et al, 2000).

c) Índice de Katz de Actividades da Vida Diária (Traduzido e adaptado de Katz, 1963, por Liliana Vilarinho e José Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação)

Foi utilizado o índice de Katz de actividades da vida diária com o objectivo de diagnosticar a dependência ou a independência das pessoas idosas inquiridas face a todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si própria. Quando existe a incapacidade de executar essas tarefas isto implica um alto grau de dependência.

O índice de Katz é, então, composto por seis itens que se referem à funcionalidade das actividades da vida diária (AVDs). Em cada item é assinalada a dependência ou a independência da pessoa idosa face às AVDs.

No item “banhar-se/lavar-se” o indivíduo é independente se só necessitar de ajuda para lavar uma parte do corpo ou se toma banho sozinho e é dependente quando requer

ajuda para lavar mais partes do corpo ou para entrar e sair da banheira. No segundo item “Vestir-se” o indivíduo é independente se conseguir vestir-se sozinho e isso inclui ir buscar as roupas ao armário. Exclui o acto de atar os cordões dos sapatos. O indivíduo é dependente quando não se veste sozinho ou o faz de forma incompleta.

No “uso da casa de banho” o indivíduo é independente quando não precisa de nenhum tipo de ajuda para entrar ou sair da casa de banho. Usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente. Pode usar um urinol para a noite. O indivíduo torna-se dependente quando precisa de ajuda para chegar até à sanita e para usá-la adequadamente. Inclui o uso do urinol e da arrastadeira.

No item “mobilização (cama/poltrona)” o indivíduo é independente se não necessitar de ajuda para se sentar ou para se levantar da poltrona, nem para entrar e sair da cama, utilizando ou não ajudas mecânicas, como a bengala. E será dependente se requer alguma ajuda para uma ou outra acção.

Na “continência” o controlo completo da micção e da defecação torna o indivíduo independente. A incontinência parcial ou total, incluindo o controlo total dos esfíncteres mediante clisteres, sonda ou o uso regular do urinol e/ou da arrastadeira faz do indivíduo dependente.

Por último, no item “alimentação” o indivíduo é independente quando leva a comida do prato até à boca sem ajuda e dependente quando é ajudado a levar a comida do prato à boca, incluindo a alimentação parentérica (alimentação complementar ou de substituição) através de uma sonda.

Segundo o Índice de Katz o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as actividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, para usar a casa de banho, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa, continência e alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa. (KATZ et al., 1963). Por isso, Katz, classifica os pacientes utilizando a seguinte escala (decrecente independência):

- A.** Independente em todas as actividades,
- B.** Independente em todas as actividades, menos numa,
- C.** Independente em todas as actividades, menos no banho e noutra,
- D.** Independente em todas as actividades, menos no banho, a vestir-se e noutra,
- E.** Independente em todas as actividades, menos no banho, a vestir-se, no uso da casa de banho e noutra,

- F. Independente em todas as actividades, menos no banho, a vestir-se, no uso da casa de banho, na mobilização e noutra,
- G. Dependente em todas as actividades.

Esta escala, mais descritiva, avalia o desempenho em actividades da vida diária, ou seja, a sua capacidade funcional e as divide em rotineiras (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, continência e alimentação).

d) Escala Multidimensional de Apoio Social Perceptível (Traduzido e adaptado de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988, por Liliana Vilarinho, Valter Gonçalves e José Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação)

A escala multidimensional de apoio social perceptível é constituída por 12 afirmações que serão avaliadas segundo uma escala de Likert de sete pontos sendo o 1 — discordo totalmente e o 7 — concordo totalmente. Estas afirmações referem-se ao apoio de familiares, amigos ou conhecidos que é prestado à pessoa idosa e por ela percebido. O menor suporte social percebido terá o valor de doze pontos enquanto que o maior suporte social percebido terá oitenta e quatro pontos.

O suporte social é definido por Thoits (1982) como um conjunto de elementos funcionais ou estruturais, que podem ser reais ou percebidos, que os indivíduos recebem da sua rede social.

Como tal o objectivo foi recolher dados acerca do apoio social recebido pelas pessoas idosas e que elas tivessem consciência disso. Segundo vários autores a percepção que as pessoas idosas têm acerca do apoio social recebido por eles coincide com o apoio que realmente lhes é dado.

Os itens dividem-se em sub-escalas relativas às fontes do apoio social, nomeadamente família (FAM), amigos (AMI) ou companheiro(a) (COMP). Quatro itens para cada sub-escala.

A sub-escala “companheiro (a)” integra as afirmações numeradas por 1, 2, 5 e 10 que se referem sempre a uma pessoa especial e ao apoio prestado por ela.

1. Há uma pessoa especial que esta perto quando necessito de auxilio.
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.

- 5. Eu tenho uma pessoa especial que de facto é uma fonte de conforto para mim.
- 10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos

Da “família”, outra sub-escala, fazem parte as seguintes afirmações numeradas por 3, 4, 8 e 11 referindo-se ao apoio prestado pela família.

- 3. A minha família tenta mesmo ajudar-me.
- 4. Eu recebo da minha família o apoio e ajuda emocional que preciso.
- 8. Eu posso falar com a minha família acerca dos meus problemas
- 11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.

Da sub-escala “amigos” fazem parte as afirmações numeradas por 6, 7, 9 e 12 e que se referem ao apoio prestado pelos amigos.

- 6. Os meus amigos tentam mesmo ajudar-me
- 7. Eu posso contar com os meus amigos quando as coisas estão mal.
- 9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas tristezas e alegrias
- 12. Eu posso falar com os meus amigos sobre os meus problemas

e) Avaliação do Abuso Financeiro em Adultos Idosos (Traduzido e adaptado de Comijs (1999) por Vilarinho, Gonçalves e Ferreira-Alves, 2009; versão de investigação)

O inquérito acerca da avaliação do abuso financeiro em adultos idosos foi adaptado de Comijs (1999) e contém 23 questões, abertas e fechadas, que têm o objectivo de recolher dados acerca de ocorrências de abuso financeiro na população idosa a partir dos 65 anos.

Neste inquérito estão incluídas perguntas que nos facultam dados acerca de quem comete ou cometeu este crime e com que frequência aconteceu e, também, se houve denúncia ou não e se não quais os motivos para tal.

Relativamente aos dados de ocorrência de abuso financeiro as questões estão organizadas por ordem decrescente em relação ao nível de materialização do dinheiro (tirar dinheiro, tirar posses, jóias, valores, documentos, comprar coisas à custa do idoso, e aproveitamento de quem faz a gestão financeira, tudo sem permissão da pessoa

idosa). Não só valorizamos os dados efectivos das ocorrências de abuso financeiro como, também, as tentativas desse mesmo abuso isto porque foi constatado que alguns dos crimes de abuso só não foram concretizados devidos a alertas.

CAPÍTULO II

Apresentação dos Resultados

Actividades da Vida Diária

Em relação às actividades da vida diária das pessoas idosas, medidas pelo índice de Katz (traduzido e adaptado de Katz, 1963, por Liliana Vilarinho e José Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação), apesar da maioria destas pessoas (63,3%) ter apresentado algum grau de dependência, 30% revelaram apenas ser dependentes em uma actividade, das quais tomar banho, usar a casa de banho ou vestir-se estão excluídos. A necessidade de ser ajudado a tomar banho foi encontrada em 33,3% da amostra. Destes, 16,7% também precisavam de ajuda em outra actividade e 3,3% também tinham auxílio para se vestir. Um total de 13,3% tinha um alto nível de dependência, precisando de ajuda nas seguintes actividades: tomar banho, vestir-se, usar a casa de banho, deslocar-se e outros. Pode ser observado que de entre a amostra a maior parte das pessoas idosas têm algum tipo de dependência. Apenas 36,7% são completamente independentes.

No que diz respeito às diferenças de resultados entre o SAD e o lar, não foram encontradas diferenças significativas ($H(2) = 0,407$, $p = .407$).

Suporte Social Percebido

Avaliada pela EMSSP (traduzido e adaptado de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988, por Vilarinho, Gonçalves e Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação), a percepção que os participantes reportaram acerca do seu suporte social apresentou resultados que variavam muito, entre 17 e 78. Apesar disso, estes resultados podem ser divididos numa pontuação de 44 ou menos, compreendendo um total de 46,7% dos participantes e uma pontuação de 45 ou mais, que abrange 53,3%. Poderia ser dito que aproximadamente metade dos participantes perceberam o seu suporte social como médio/ baixo e outra metade percebeu-o como sendo médio/alto.

O resultado geral do suporte social percebido está dividido em três subescalas, que atingem uma pontuação que vai de 4 a 28, e que têm em conta as fontes do suporte: família (FAM); amigos (AMI) ou companheiro (COMP).

Os participantes perceberam que a fonte do seu suporte social era prestada, primeiramente, pelos seus familiares (média de 17), seguida de muito perto pelo companheiro (média de 16,7%) e por último pelos seus amigos (média de 13,8%).

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido		
	Média	Desvio Padrão
Total (intervalo de 12 a 84)	47,5	18,8
Subescala Companheiro (intervalo de 4 a 28)	16,7	8,7
Subescala Amigos (intervalo de 4 a 28)	13,8	7,3
Subescala Família (intervalo de 4 a 28)	17	8,7

Acerca dos dados referentes aos participantes do SAD e do lar pode-se dizer que foram encontradas diferenças significativas entre eles: total dos resultados do suporte social ($t = 12,863$, $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal); suporte social dos amigos ($t = 10,270$, $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal), suporte social do companheiro ($t = 10,554$, $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal) e suporte social da família ($t = 10,699$, $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal)

As pessoas idosas do SAD têm um maior suporte social do que as do lar.

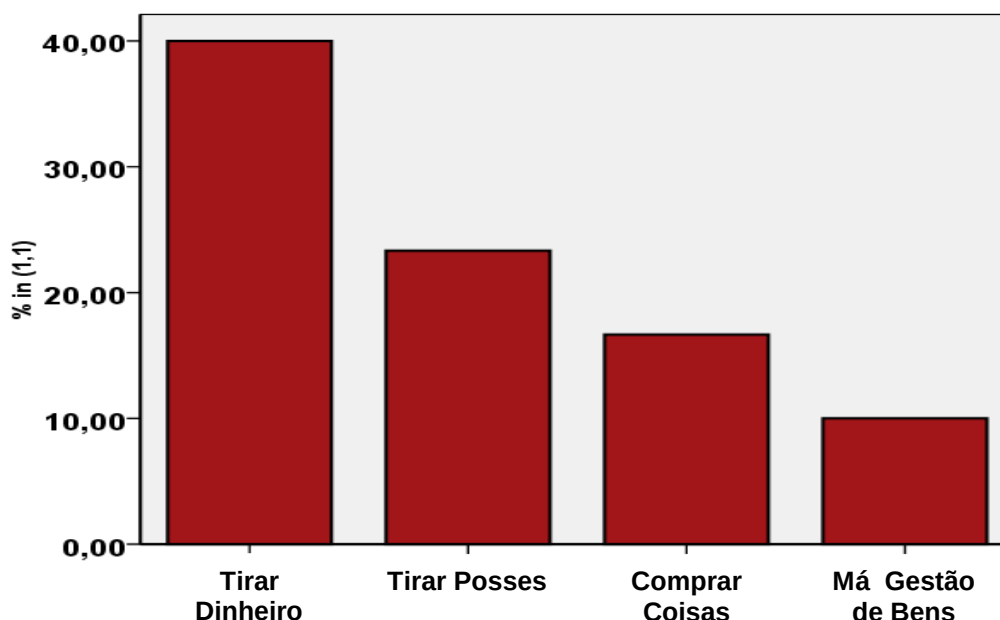
Abuso Financeiro de Pessoas Idosas

O abuso financeiro foi medido através do questionário de auto-relato de avaliação do abuso financeiro de pessoas idosas (traduzido e adaptado de Comijs 1999, por Vilarinho, Gonçalves e Ferreira-Alves, 2009- versão de investigação). Este instrumento engloba quatro questões, adicionalmente a outras, representando quatro formas diferentes em que o abuso financeiro pode acontecer: tirar dinheiro, tirar posses, comprar coisas com o dinheiro do idoso sem a sua permissão e aproveitamento aquando da gestão dos bens do idoso.

Considerando todas as formas de abuso financeiro avaliadas, um total de 40% dos participantes das duas situações (SAD e lar) reportou ter sido abusado financeiramente desde que completados 65 ou mais anos de idade. Contudo, os valores das quatro diferentes formas de abuso diferenciam-se e, parecem de facto, diminuir

conforme a ordem em que as questões dos instrumentos são feitas: *tirar dinheiro* (40%), *tirar posses* (23,3%), *comprar coisas* (16,7%) e *má gestão de bens* (10%).

Percentagem de exploração financeira nas diferentes formas



Relativamente às diferenças entre os participantes pertencentes ao SAD e do lar pode-se dizer que foram encontradas diferenças significativas sendo que os participantes do lar apresentam uma maior média de casos de abuso financeiro em três formas de abuso: *tirar posses* ($H(2) = 4,333$, $p < 0.05$), *comprar coisas* ($H(2) = 4,046$, $p < 0.05$) e *má gestão* ($H(2) = 4,609$, $p < 0.05$). Apenas na forma de abuso *tirar dinheiro* não foram encontradas diferenças significativas ($H(2) = 0,113$, $p = .737$).

Concomitante a esta alta percentagem de abuso financeiro, especialmente na forma de tirar dinheiro, também a frequência com que o abuso ocorre é relativamente alta. No que respeita a tirar dinheiro, 60% dos participantes reportaram que aconteceu uma vez, 20% duas ou três vezes e, também, 20% referiram que ocorreu várias vezes. Contrariamente, a maioria (57,1%) de tirar posses ocorreu mais de uma vez (28,6% para duas ou três vezes e 28,6% para várias vezes), apresentando contudo, uma percentagem alta de participantes para quem apenas ocorreu uma vez.

A frequência pela qual alguém *comprou coisas à sua custa* apresenta um valor curioso, uma vez que demonstra que quando esta forma de abuso acontece tende, nesta amostra particular, a ocorrer sempre mais de uma vez: 60% das vezes aconteceu duas ou três vezes e 40% várias vezes. Também as pessoas idosas que reportaram *má*

gestão financeira referiram que isto nunca aconteceu apenas uma vez. De facto a maioria (66,7%) da *má gestão* aconteceu várias vezes e apenas 33,3% aconteceu duas ou três vezes.

Frequência do Abuso Financeiro				
	Tirar dinheiro	Tirar posses	Comprar Coisas	Má gestão financeira
Aconteceu uma vez	60%	42,9%	—	—
Aconteceu 2 ou 3 vezes	20%	28,6%	60%	33,3%
Aconteceu inúmeras vezes	20%	28,5%	40%	66,7%

Neste instrumento é, também, considerada a tentativa de abuso financeiro.

Depois das quatro questões visando as quatro formas de abuso financeiro, a tentativa de abuso é, também, questionada aos participantes. Apenas a tentativa de *tirar dinheiro* é reportada pelas pessoas idosas dos quais 16,7% referiram que sofreram de uma tentativa desta forma de abuso..

Em relação às questões adicionais ao abuso financeiro propriamente dito, seguem-se as questões acerca dos perpetradores.

O perpetrador de abuso financeiro não tinha, na maior parte dos casos (66,7%), uma relação próxima com a pessoa idosa. Quanto à presença de uma relação, era igualmente distribuída por laços familiares (16,7%) e outro género de relação (16,7%). De facto, quando o perpetrador era um membro da família, os filhos (11,1%) e os netos (5,6%) constituem a maioria assinalada, apesar de ter sido reportado um caso de uma irmã como perpetradora.

De certa forma estes resultados diferem do que tem sido descrito na literatura a respeito dos perpetradores de abuso a pessoas idosas que tendem a ser descendentes, membros de família. Por exemplo, “De acordo com o National Elder Abuse Incidence Study (1998) e a secção de estatística do departamento de justiça Norte-Americano (...) os filhos são os principais perpetradores com 47,3% de incidentes relatados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,8%) (...) Em quase 90% de incidentes de abuso e negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes 2/3 são filhos ou cônjuges” (Ferreira-Alves, 2004). Os outros com quem as pessoas idosas referiram ter outro tipo de relação dividem-se em vizinhos (10%) e empregadas domésticas (6,7%).

Em 27,8% dos casos o perpetrador era alguém que exercia tarefas de prestação de cuidados enquanto que, para a maior parte, esta pessoa não tinha nenhum tipo

dessas tarefas, estando de acordo com a referida não existência de relação do idoso com o perpetrador.

Análise e Discussão dos Resultados

A amostra foi reunida de dois cenários diferentes, um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e um lar. Seria importante perceber como é que estes dois cenários se diferenciam considerando as diferentes medidas utilizadas.

Considerando o suporte social percebido, os dois cenários revelaram ser significativamente diferentes na sua pontuação total ($t=12,863$, $df=29$, $p < 0.01$, bicaudal); em cada uma das subescalas: *suporte social de amigos* ($t = 10,270$, $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal); *suporte social do companheiro* ($t = 10,554$ $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal); e *suporte social da família* ($t = 10,699$, $df = 29$, $p < 0.01$, bicaudal).

No que diz respeito ao abuso financeiro os resultados revelaram que apenas no caso do item *tirar dinheiro* não existiam diferenças significativas ($H(2) = 0,113$, $p=.737$). Nas outras três formas de abuso financeiro houve uma diferença significativa de acordo com o cenário: *tirar posses* ($H(2) = 4,333$, $p<0.05$) com uma média de 13,45 para o SAD e 18,44 para o Lar; *comprar coisas* ($H(2) = 4,046$, $p< 0,05$) com uma média de 13,73 para o SAD e 17,83 para o Lar; e *má gestão financeira* ($H(2)= 4,609$, $p <0,05$) com uma média de 14,00 para o SAD e 17,22 para o Lar.

Para que se possa perceber como as diferentes escalas se comportaram entre si e como elas podem afectar o auto relato de abuso financeiro, foi executada uma conexão entre o Índice de Katz e o Suporte Social Percebido; o índice de katz e a avaliação de abuso financeiro e o suporte social percebido e a avaliação de abuso financeiro.

Os resultados mostram a não existência de uma relação entre o índice de katz e suporte social percebido ($r = 0.122$, $n = 30$, $p = .520$, bicaudal) e, também, entre o índice de katz e as quatro formas de abuso financeiro: *tirar dinheiro* ($r = -0,243$, $n = 30$, $p = .196$, bicaudal), *tirar posses* ($r = -0,087$, $n = 30$, $p = .646$, bicaudal), *comprar coisas* ($r = 0.000$, $n = 30$, $p = 1,000$, bicaudal) e *má gestão financeira* ($r = 0,123$, $n=30$, $p = .517$, bicaudal).

O suporte social percebido foi significativamente negativo relacionado com as três formas de abuso financeiro: *tirar dinheiro* ($r = - 0,365$, $n = 30$, $p < 0.05$, bicaudal); *tirar posses* ($r = - 0,425$, $n = 30$, $p < 0.05$, bicaudal) e *comprar coisas* ($r = - 0,381$, $n = 30$, $p < 0.05$, bicaudal).

Tendo em conta as três diferentes subescalas de suporte social (família, amigos e companheiro) torna-se evidente as correlações significativas encontradas, considerando apenas a subescala Família, uma vez que esta foi a única a mostrar correlações significativas entre três formas de abuso financeiro. Assim, o suporte social percebido da família é negativamente associado com o abuso financeiro reportado pelo idoso : *tirar*

dinheiro ($r = -0,543$, $n = 30$, $p < 0.01$, bicaudal); *tirar posses* ($r = -0,443$, $n = 30$, $p < 0.05$, bicaudal) e *comprar coisas* ($r = -0,513$, $n = 30$, $p < 0.01$, bicaudal).

Estas relações são de facto altas e a direcção indica que o suporte social dado pela família pode ser um factor de protecção ao abuso; assim, quando este aumenta parece diminuir a ocorrência destas três formas de abuso: tirar dinheiro ou posses e comprar coisas.

Para melhor compreensão destes dados foi feita uma regressão linear para que se possa observar a magnitude do efeito do suporte social percebido na variação do abuso.

O resultado final do suporte social percebido predisse significativamente as três formas de abuso que se revelaram anteriormente serem relacionadas com: *tirar dinheiro* ($R^2 = 0,102$, $df(1,28)$, $p < 0.05$), *tirar posses* ($R^2 = 0,102$, $df(1,28)$, $p < 0.05$) e *comprar coisas* ($R^2 = 0,145$, $df(1,28)$, $p < 0.05$). Contudo, pode ser observado que a variância preditiva é muito baixa para as três formas de abuso.

Para uma análise mais precisa também foi feita uma regressão linear para a subescala de suporte social familiar. Esta foi a única a ser relacionada com três formas de abuso financeiro. De facto, o suporte social recebido da família predisse significativamente a forma de abuso tirar dinheiro ($R^2 = 0,270$, $df(1,28)$, $p < 0,01$); tirar posses ($R^2 = 0,197$, $df(1,28)$, $p < 0,05$), e comprar coisas ($R^2 = 0,263$, $df(1,28)$, $p < 0,01$).

Tendo em conta o resultado total do suporte social percebido, mesmo que significativamente, apresentou o valor preditivo muito baixo, que era maior quando a subescala suporte social da família era a variável independente; pode ser correcto afirmar que a variação em tirar dinheiro, tirar posses e comprar coisas é explicado apenas neste particular modelo, pela subescala do suporte social recebido. Isto vai contra o que foi encontrado no processo de associação, indicando que nesta amostra particular e talvez em algumas formas de abuso financeiro a família poderá, de facto, funcionar como um factor de protecção.

Com todos estes dados e considerações pode-se, neste momento, proceder à refutação ou confirmação das hipóteses antes colocadas.

Hipótese 1 — Quanto maior é a prevalência de abuso financeiro maior é a dependência do idoso face às actividades da vida diária.

Não há qualquer relação entre as dependências ou independências nas AVD's por parte das pessoas idosas com o abuso financeiro; por isso a primeira hipótese é refutada. Os resultados seguintes mostram, então, a inexistência de uma relação entre o índice de katz e as quatro formas de abuso financeiro: *tirar dinheiro* ($r = -0,243$, $n = 30$, $p = .196$,

bicaudal), *tirar posses* ($r = -0,087$, $n = 30$, $p = .646$, bicaudal), *comprar coisas* ($r = 0,000$, $n = 30$, $p = 1,000$, bicaudal) e *má gestão financeira* ($r = 0,123$, $n = 30$, $p = .517$, bicaudal). Ou seja, o facto de ser dependente ou independente nas AVD's não tem influência na prevalência do abuso financeiro, ele acontece independentemente das dependências face às AVD's.

Hipótese 2 — Quanto menor é o suporte social dirigido ao idoso maior é a prevalência de abuso financeiro.

Esta hipótese é confirmada com os dados recolhidos. O suporte social poderá ser uma forma de protecção pois prediz significativamente as três formas de abuso relacionadas com: *tirar dinheiro* ($R^2 = 0,102$, $df (1,28)$, $p < 0.05$), *tirar posses* ($R^2 = 0,102$, $df (1,28)$, $p < 0.05$) e *comprar coisas* ($R^2 = 0,145$, $df(1,28)$, $p < 0.05$). Contudo, pode ser observado que a variância preditiva é muito baixa para as três formas de abuso.

Ainda que a variância preditiva seja muito baixa podemos ver que quando o suporte social da subescala família era variável independente esses valores tornam-se maiores. Assim, o suporte social percebido da família é negativamente associado com o abuso financeiro reportado pelo idoso : *tirar dinheiro* ($r = - 0,543$, $n = 30$, $p < 0.01$, bicaudal); *tirar posses* ($r = - 0,443$, $n = 30$, $p < 0.05$, bicaudal) e *comprar coisas* ($r = - 0,513$, $n = 30$, $p < 0.01$, bicaudal).

Em relação à questão de partida colocada inicialmente **“Será que o abuso financeiro preconizado na população idosa se relaciona com o suporte social que lhes é dirigido e com o mal-estar/bem-estar na sua saúde e no seu dia-a-dia?”** podemos responder que sim, que há uma relação significativa entre o suporte social e o abuso financeiro. Quanto maior o suporte social menor são os casos de abuso financeiro, principalmente, o suporte social da família que é o único que se pode dizer que pode ser um factor de protecção ao abuso a pessoas idosas. Agora, segundo os dados relacionados com a saúde e ao dia-a-dia do idoso medido pelo índice de Katz não conseguimos informação suficiente para poder responder a esta parte da questão, segundo o que apuramos não há qualquer significância entre o índice de Katz com a prevalência do abuso financeiro nas pessoas idosas. Apesar disso, sabemos através da literatura que existe uma relação entre a violência a pessoas idosas e o estado de saúde do idoso e o seu dia-a-dia. É sabido pela literatura que o facto da pessoa idosa ser alvo de violência causa nela estados de ansiedade, tristeza, isolamento, etc. Com os nossos dados não nos foi possível saber quais as condições de saúde, quais as mudanças no dia-a-dia que podem acontecer numa pessoa idosa que seja abusada financeiramente.

Considerações Finais

Em suma, em relação aos dados recolhidos encontrou-se um alto nível de exploração financeira (40% na forma de abuso: tirar dinheiro) e, apesar de, não poder ser generalizado à realidade Portuguesa, devido à pequena amostra e ao método da amostra, é ainda questionador da verdadeira dimensão do fenómeno em Portugal.

Outros dados que realçam estes resultados são os altos níveis da frequência com que o abuso financeiro ocorre, representando o mais baixo, 40% para *tirar dinheiro* ocorrendo mais de uma vez. Surpreendente e preocupante é, também, o facto de que para as duas formas menos prevalentes de abuso financeiro (*comprar coisas sem o seu consentimento e má gestão financeira*) a frequência foi sempre mais de uma vez. Ou seja, apesar de terem sido as duas formas menos reportadas pelas pessoas idosas foram aquelas que mais aconteceram. A frequência atingiu um alto nível 60%, de ocorrer duas ou três vezes, para a forma de abuso comprar coisas e 66,7%, de ocorrer diversas vezes, para a má gestão financeira.

Tendo em conta o tamanho da amostra, tirar conclusões deverá ser algo cuidadoso. Contudo, o facto das três formas de abuso (*tirar posses, comprar coisas e má gestão de bens*) terem médias significativamente mais altas no lar quando comparadas com as do SAD; e considerando o baixo suporte social sentido pelos respondentes do lar, poderia ser pressuposto a maior vulnerabilidade das pessoas idosas que vivem no lar.

Adicionalmente, os dados revelam que o abuso financeiro pode surgir nas mais diversas formas e perfis do que se havia pensado anteriormente. Por um lado, foram obtidos resultados diferentes para quatro diferentes formas de abuso financeiro. Isto pode representar uma ocorrência ou consciência diferente: a *má gestão financeira* foi a forma menos prevalente e a única a não se relacionar com outra medida. De facto, se alguém é responsável pela gestão financeira de um idoso poderá ser possível que o idoso não seja tão consciente do seu estado financeiro e, por isso, não reconheça tão facilmente o abuso como no caso de alguém tirar dinheiro. Ou seja, *tirar dinheiro* poderá ser uma forma de abuso mais visível para a pessoa idosa que a má gestão que possam fazer dos seus bens.

Por outro lado, o facto de que o abuso foi cometido por perpetradores com quem a pessoa idosa não reconheceu relação, e o valor preditivo (o mais alto de 27%) encontrado na subescala suporte social da família pode levar-nos a observar a família com uma função protectora da ocorrência de abuso financeiro. Isto não vai de encontro

ao que tem sido encontrado internacionalmente (Price & Fox, 1997; Setterlund et al., 2007), onde a família é um dos perpetradores mais comuns e deveria, portanto, ser analisada profundamente em futuros estudos.

Devido ao tamanho da amostra as conclusões destes resultados não são de fácil leitura e aconselha-se precaução. No entanto, e apesar dos resultados asserirem a necessidade de replicação deste estudo com amostras similares, na mesma ou em outras regiões, estes resultados surpreendentes devem chamar-nos à atenção não só pela dimensão do fenómeno mas, também, pela sua complexidade e a possibilidade de existência de diferentes abusos financeiros com diferentes características.

Resumindo alguma da discussão de dados:

- Só o apoio social familiar foi o principal preditor na exploração financeira;
- No entanto, este modelo é mais preciso na predição do não abuso do que na predição de abuso;
- Mesmo assim, a magnitude do seu poder preditivo é tão alta que, de alguma forma, é preciso nunca esquecer de continuar a testá-la na mesma configuração e, também, em configurações diferentes e, com um objectivo específico destinado mais em direcção a compreender que as pessoas idosas podem ter esse tipo de protecção (Suporte Social Familiar).

Conclusão

A problemática do envelhecimento da população, cada vez maior, não só nacional como mundial, faz-nos querer reflectir acerca de teorias e de factos que emergem na sociedade do século XXI. Um facto que é cada vez mais emergente, apesar dos números silenciosos, é a violência contra as pessoas idosas.

Num outro tempo a pessoa idosa era considerada alguém que gosta de partilhar com ouvintes atentos e interessados as histórias da sua vida, a sua vivência, as suas experiências. As pessoas da terceira idade têm necessidade de tempo para serem ouvidas.

Durkheim (1951) falava na teoria da integração social que facultava às pessoas uma estrutura social que promovia o bem-estar psicológico. Essa estrutura social era baseada na integração da pessoa na sociedade, partilha de normas, valores, crenças, através do contacto social. Ou seja, quanto mais frequentes e intensos fossem os contactos entre as pessoas mais o bem-estar era promovido o bem estar no individuo. Este contacto faz com que os indivíduos reforcem o seu laço de pertença à sociedade, de entreajuda, de harmonia, promovendo à pessoa idosa um sentimento de estar protegida, de não estar sozinha.

No entanto, nas sociedades industrializadas, a maioria das pessoas na idade activa trabalha fora de casa restando-lhes pouco tempo para se dedicarem às pessoas idosas.

O processo de industrialização segmentou a família e isolou-a da rede de parentesco, devido à sua mobilidade social e geográfica.

É lamentável que assim seja mas, hoje em dia, é complicado gerirmos o nosso tempo em consonância com a atenção às pessoas idosas. Mas, não é de todo uma utopia, os nossos idosos não só têm o direito dos cuidados, da companhia, da atenção como é um dever nosso, da sociedade, das famílias, amigos, vizinhos, dos agentes de apoios sociais, dos Estados tornar a velhice destas pessoas uma velhice harmoniosa, calma, sem sobressaltos, com amor, carinho e atenção.

É no seguimento desta situação que nos aparecem os problemas sociais que as pessoas pertencentes à terceira idade atravessam quando chegam ao ponto de não se sentirem integrados na sociedade. Um desses problemas é a violência social de que são vítimas muitas vezes sem se aperceberem.

Muitas vítimas vivem uma série de receios desde o medo do abandono, à institucionalização até ao temor de serem eles próprios os responsáveis pelo abuso. As pessoas idosas não contam muitas vezes que são vítimas de maus-tratos e isso torna a sua detecção muito difícil.

Existe também a falta de privacidade que é incumbida aos profissionais preparados para averiguar situações de maus-tratos, e que não é respeitada, em que as perguntas são feitas à frente de familiares e até mesmo à frente do cuidador/abusador. Ora, a pessoa idosa sente medo das represálias por parte do abusador ou, até mesmo, que o acusem de ser ele o provocador da situação e, por isso, calam-se.

O medo da revelação é muitas vezes recalcado pelo desconhecimento, por parte da pessoa idosa, dos apoios ou dos recursos que poderá ter se denunciar a situação e se se tornar menos dependente do agressor.

Em situações potenciais de maus-tratos é importante fornecer às vítimas, conhecimentos sobre recursos sociais, médicos e legais.

O crime de abuso financeiro é deveras falacioso em alguns dos seus pormenores. Por isso, é necessário que seja examinado cada critério do abuso financeiro bem como a sua interacção. Wilber et. al. (1996), sugerem que, sendo o abuso financeiro de natureza ténue, se examinem potenciais abusos da seguinte forma:

- 1º. “Qual o resultado da relação?
- 2º. Quais aparentam ser os termos das transacções e até que ponto parecem ser razoáveis?
- 3º. Os termos foram seguidos pela regra ou foram alterados?
- 4º. Na situação em que o resultado pareça favorecer o suposto mal feitor e prejudicar o idoso, quais são as razões prováveis pelas quais o idoso participou nas transacções?
- 5º. Que factores podem explicar o desequilíbrio presente no resultado?
- 6º. Em que medida o desequilíbrio é um resultado provável da dependência e diferenças de poder?
- 7º. Se há um desequilíbrio de poder, é resultado de dano cognitivo, dano físico ou sensorial, dependência emocional, ou alguma combinação dos três factores?”

Estas são algumas das perguntas que os profissionais que lidam com população idosa nestas situações devem fazer para que possam examinar um suposto abuso. A forma de abordar este flagelo deve primar pelo equilíbrio entre a auto-determinação da pessoa idosa na tomada de decisões acerca do seu dinheiro e o desejo do combate ao

crime de violência a pessoas idosas perseguindo e julgando os presumíveis perpetradores.

É, por isso, urgente a prevenção junto das famílias, companheiros, profissionais e demais sociedade (visto o abuso a pessoas idosas ser crime público qualquer pessoa pode e tem o dever de denunciar uma suspeita deste abuso) a reconhecer as características destas situações de abuso, como e quando devem actuar, a quem e onde devem denunciar e darem a segurança e a protecção que estas pessoas vulnerabilizadas pela idade necessitam. Isto é um grave problema que cada vez mais existirá com o aumento progressivo da população idosa.

É lamentável que por falta desta segurança e protecção nos sistemas de suporte social das pessoas idosas, estas sejam deixadas ao acaso dependentes daqueles que têm coragem e vontade de lutar contra este flagelo investigando e reportando comportamentos suspeitos.

Segundo Reis (2000) “um idoso com pouco suporte social, que já foi abusado no passado”, com “um cuidador problemático, com dificuldades de relacionamento” é uma conjugação de dois factores marcadamente de grande risco para a ocorrência de abuso.

As redes de apoio social são cada vez mais frágeis apesar de já se notar a manifestação de algumas conjunturas estruturais para colmatar alguns sectores sociais. Isto é afectado pela falta ou deficiência de suporte familiar e, até mesmo, a sua inexistência.

Medidas como a criação de equipamentos e serviços e a implementação de uma nova pedagogia de convivência seria um começo suficiente para provocar mudança de cultura, promovendo outras solidariedades. Estas sim são as necessidades emergentes para a terceira idade.

Já que, nos dias de hoje, cuidar da pessoa idosa não é considerado pela família como uma responsabilidade familiar e o envelhecimento é cada vez mais prolongado há que intervir no sentido de adequar os meios e as políticas sociais à situação actual.

De acordo com Ferreira-Alves (2005) será importante mostrar as pesquisas, estatísticas, análises, trabalhos e todo o conhecimento que se tem vindo a adquirir acerca da temática da violência nas pessoas idosas, por forma a sensibilizar, para o reconhecimento dos vários indicadores de possíveis ocorrências de violência, todos os que se sintam responsáveis por esta nova realidade incluindo os agentes legais, de saúde e de solidariedade social. “É que além de ser reconhecidamente já um problema de saúde pública é igualmente um problema de direitos humanos, que promete aumentar, na sua prevalência, devido ao aumento exponencial do número de idosos no mundo industrializado”. (Ferreira-Alves, 2005).

Bibliografia

ALARCÃO, Madalena (2002), *(des) Equilíbrios familiares*, Coimbra, Quarteto

FERREIRA-ALVES, José (2004), *Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligencia de Idosos*, Coimbra Editora

FERREIRA-ALVES, José e SOUSA, Mónica (2005), *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar*, Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 15.

FERREIRA-ALVES, José, NOVO, Rosa Ferreira (2006), Avaliação da Discriminação Social de Pessoas Idosas em Portugal, "International Journal of Clinical and Health Psychology", Vol. 6, pp. 65-77.

FERREIRA-ALVES, José Ferreira & SANTOS, A. (2010), Prevalência do abuso e negligencia a idosos em Portugal: Visão geral. Poster apresentado no VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga, Portugal.

APAV (2008), Unidade de Estatística, disponível em: www.apav.pt

BARRÓN, A. (1996), *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

BROWN, H., BURNS, S. & WILSON, B., (2003) Suspected financial abuse among cases administered by the PGO, *The Journal of Adult Protection* 5 (M2): 26–37

BROWN, H., (2003), What is financial abuse?, *The Journal of Adult Protection* 5 (2): 3–10

COMIJSs, H. C. (1999), *Elder mistreatment: prevalence, risk indicators and consequences*. Amsterdam: Print Partners Ipskamp B.V.

COSTA, J. Pinto da (2004), *Ao Sabor do tempo*, Vila Nova de Famalicão, Quasi

CANTY-MITCHELL, J. & ZIMET, G.D. (2000), Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents, *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.

CHUMLEA, W.C.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M.L. (1985), Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J.Am.Geriat.Soc*, v.33, n.2, p.116-20.

COBB, S. (1976), Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.

COOPER, C., et al. (2006), A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Other Determinants in the Ad-HOC Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.14, 489-97.

COSTA, E.F.A; PORTO, C.C; ALMEIDA, J.C et al. (2001), Semiologia do Idoso. In: Porto, CC. (ed). *Semiologia médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, cap. 9, p.165-197.

CRAMER, D., HENDERSON, S., & SCOTT, R. (1997), Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*,14 (6), 761-775.

DIAS, Isabel (2004), *Violência na Família. Uma abordagem Sociológica*. Porto, Afrontamento.

DIAS, Isabel (2005), *Envelhecimento e Violência contra Idosos*, *Revista de Sociologia*, Nº 15, Faculdade de Letras da UP.

DIAS, Isabel (2009), Os maus-tratos aos idosos: Abordagem conceptual e intervenção social, *Sumário Pormenorizado da lição*, Faculdade de Letras da UP

DOERFLINGER, C. (2007), How To Try This: The Mini-Cog. *American Journal of Nursing* 107(12): 62-71 doi: 10.1097/01.NAJ.0000301030.81651.66

DUARTE, Yeda A. O., ANDRADE, Cláudia L. & LEBRÃO, Maria Lúcia (2007), O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos, *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 41(2):317-25

DUNST, C., & TRIVETTE, C. (1990), Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.

DURKHEIM, E., (1951), *Suicide*. New York: Free Press.

FONTAINE, Roger (2000), *Psicologia do envelhecimento*, Climepsi Editores, Lisboa

FOLSTEIN, MF; FOLSTEIN, SE; MCHUGH, PR. (1975), *Mini-mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician*. *J Psychiatr Res*, vol 12,p.189-198.

GIBSON, J. & BROWN, S. D. (1992), Counseling adults for life transitions. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.) *Handbook of Counseling Psychology*, (285-313), New York: John Willey & Sons, Inc.

GIDDENS, Anthony (2004), *Sociologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

GOLEMAN, Daniel (1997), *Inteligência emocional*, Sociedade Industrial Gráfica Lda.

GONÇALVES, C., (2006), Idosos: Abuso e Violência, *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 22:739-45

GRAYCAR, A. & JONES, M., (2000), *Crime and Older Australians: understanding and responding to crime and older people*: [paper presented at] *Family Futures: Issues in Research and Policy, 7th Australian Institute of Family Studies Conference ... Sydney, 24–26 July 2000*, Canberra ACT: Australian Institute of Criminology

HALL, R. C. W., HALL, R. C. W. & CHAPMAN, M. J. (2005), Exploitation of the elderly: undue influence as a form of elder abuse, *Clinical Geriatrics* 13 (2): 28–38

HOUSE, J.S. (1981), *Work, stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley

JAMES AB. (2008), Activities of daily living and instrumental activities of daily living. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BB, editors. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. p 538-578.

KATZ, S., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., et al. (1963), Studies of Illness in the aged: the Index of ADL; a Standard Measure of biological and Psychosocial Function. *Journal of American Medical Academy* 185: 914-919.

KATZ, S., (1983), Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society* 31(12):721-727.

KATZ, S. (1987), The science of quality of life. *J Chronic Dis*, 40(6): 459-63

KRAUSE, N. (1997), Social support and feelings of personal control in later life. In G. Pierce, B. Lakey, I. Sarason, & B. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 335–355). New York: Plenum Press.

KRAUSE, N. (2001), Social Support, in R. Binstock e L. George (Eds), *Handbook of ageing and social sciences*, Fifth edition. San Diego: Academic Press. 272-294

LACHS, M. S. & PILLEMER, K. (2004), Elder abuse. *Seminary*, 364(2): 1263-1272.

LIN, N., Dean, A., & ENSEL, W. M. (1986), *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

MATOS, A. P. & FERREIRA, A. (2000), Desenvolvimento de uma escala de apoio social - *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-251.

MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E., (2002), *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz

MINAYO, M. C. (2003), *Violência contra idosos: relevância para um velho problema*, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/minayo2003.pdf, consultado em 25 de Agosto de 2009.

MORIN, Edgar (1999), Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, A; NASCIMENTO, E. P. *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*, Rio de Janeiro: Gramond.

MORIN, Edgar (2000), *Cultura de massas no século XX – neurose*, Rio de Janeiro: Forense Universitária.

National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association (1998), *The National Elder Abuse Incidence Study*, consultado em 2 de Setembro de 2002, disponível em: <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>

NORRIS, F. & KANIASTY, K., (1996), Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511

NUNES, Madalena (2005), Apoio Social na Diabetes, *Millenium - Revista do ISPV* - n.º 31 - Maio

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2002), *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Canadá, 04p. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf, Consultado em 25 de Agosto de 2009

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002), *Relatório mundial sobre violência e saúde*, Geneva

PAUL, M. C., (1996), *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos*, Braga: S.O.H. – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

PAUL, M. C., (2005), Envelhecimento activo e redes de suporte social, *Sociologia Porto* : UP, . ISSN0872-3419 Vol. 15, p. 275-287

PENHALE, B. (2003), Financial abuse and charging for care: the views of social work and legal professionals, *Journal of Adult Protection* 5 (2):11–20

PRICE, G. & FOX, C. (1997), The Massachusetts bank reporting project: An edge against Financial exploitation. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(4): 59-71.

RABINER, D. J., O'KEEFFE, J. & BROWN, D., (2004), A conceptual framework of financial exploitation of older persons, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 16 (2): 53–74

RABINER, D. J., BROWN, D. & O'KEEFFE J., (2004), Financial exploitation of older persons – policy issues and recommendations for addressing them, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 16 (1): 65–84

SANCHES, Ana Paula R. A., LEBRÃO, Maria Lúcia & DUARTE, Yeda A. O. (2008), Violência contra idosos: uma questão nova?, *Saúde e Sociedade*, Vol. 17 nº. 3, São Paulo, Julho/Setembro.

SARASON, I.G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B., & SARASON, B.R. (1983), Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44,(1), p.127-139.

SARASON, B. R., SARASON, I. G., & PIERCE, G. R. (1990), Social support: an interactional view. New York: Wiley.

SEGRIN, C. (2006), Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 3, (29), p. 371-342.

SETTERLUND, D., TILSE, C., WILSON, J., MCCAWLEY, A. & ROSENMAN, L. (2007), Understanding financial elder abuse in families: the potential of routine activities theory. *Ageing & Society* 27: 599–614. doi:10.1017/S0144686X07006009

SOUSA, A. M. V. (2004), *Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar*. Campinas: Alínea.

THOITS, P.A. (1982) Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav*, 23(2): 145-59

TRINDADE, Ana, GODINHO, Iolanda, CARMO, Joana, SANTOS, Mafalda e RALHA, Rita (2008), Pode o Médico Generalista Prescindir de Conhecimentos de Medicina Legal? Faculdade de Medicina de Lisboa disponível em: <http://www.aefml.pt/download/medicina2005/medicinalegal/Med%20Medico%20generalista%20e%20medicina%20legal.pdf>, consultado em 23 de Janeiro de 2010

VAUX, A. (1988), Social support. Theory, research and intervention. New York: Praeger.

WILBER, K. H. & REYNOLDS, S. L., (1996) Introducing a framework for defining financial abuse of the elderly, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 8 (2):61–80

WILSON, B. & BROWN, H., (2003) Editorial [introducing special issue on financial abuse], *Journal of Adult Protection* 5 (2):2

WILSON, B., BURNS, S. & BROWN, H., (2003) Links between the Public Guardianship Office and social services departments, *The Journal of Adult Protection* 5 (2): 38–46

WOLF, R. S., (1995), *Maltrato en ancianos. In: Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa*, E. Anzola-Perez, org., pp. 35-42, Washington, DC: Pan American Health Organization.

ZIMET, G.D., DAHLEM, N.W., ZIMET, S.G. & FARLEY, G.K., (1988), The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ZIMET, G.D., POWELL, S.S., FARLEY, G.K., WERKMAN, S. & BERKOFF, K.A., (1990), Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-17.

Anexos

Anexo I

Consentimento Informado

Boa Dia/Boa Tarde

O meu nome é Liliana e estou neste momento a fazer um estudo com a universidade do Porto acerca de alguns aspectos da vida das pessoas idosas e de algumas experiências negativas que possam ter passado. E assim vinha-lhe pedir ajuda e o seu ponto de vista, para melhor compreender estas situações pelas quais algumas pessoas idosas passam.

Pela experiência que temos recolhido sabemos que há senhores/as da sua idade que já passaram por situações negativas que lhes provocaram perdas ou danos materiais.

Por exemplo, às vezes há pessoas idosas que são assaltadas ou a quem lhes tiram dinheiro ou mesmo outros bens materiais e objectos pessoais. Por vezes, até, essas situações são causadas por pessoas próximas da pessoa idosa. É, também, verdade que existem pessoas da sua idade que não sofreram estas situações e a opinião dessas pessoas também é importante. Mas sabemos de muitos casos de pessoas que já sofreram ou estão a sofrer este tipo de abuso. Além destas questões, irei também perguntar-lhe sobre outros aspectos da sua vida quotidiana.

É para mim muito importante que o/a senhor/a fique completamente à vontade e saiba que tudo o que for dito é completamente confidencial. Ninguém saberá o que aqui conversamos pois interessa-nos não a opinião particular do Senhor A ou do Senhor B, mas apenas o conjunto das respostas. Nestes estudos estamos obrigados ao sigilo e, por isso, queremos que não se sinta inibido/a ao responder a qualquer pergunta pois isto irá ficar entre nós.

Gostaria ainda de lhe agradecer a sua disponibilidade pois esta é a única forma que temos para tentar compreender melhor alguns aspectos da vida das pessoas idosas.

Tem alguma pergunta ou alguma dúvida que queira que lhe esclareça? Ao longo desta nossa conversa, por favor esteja sempre à vontade para me colocar questões que lhe surjam ao pensamento e que deseje ver esclarecidas. Vamos então começar?

Dou o meu consentimento para participar neste estudo e responder às perguntas que me serão feitas Estou informado/a acerca do tema deste estudo e de como se vai realizar.

Em baixo assino como prova do meu consentimento informado.

Assinatura:

Anexo II

Dados Socio-demográficos

Vou começar, primeiro, por fazer algumas perguntas ao/à Senhor/a acerca da sua idade, em que é que trabalha/trabalhava, com quem costuma falar acerca dos seus problemas. Estas perguntas servem para depois podermos relacioná-las com o estudo acerca de experiências negativas que possa ter ou não na sua vida em relação ao abuso financeiro. Torno a lembrar ao/à Senhor/a que somos obrigados ao sigilo e que tudo o que nós conversarmos aqui não poderá ser divulgado sem a sua permissão. Poderá estar completamente à vontade.

Código do Participante: _____

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Com quem vive: _____

Tem alguém com quem pode contar sempre e em quem confie quando necessita _____

Das pessoas com quem vive ou com quem viveu alguma teve algum problema grave e duradouro de saúde, ou com a justiça, com a escola, no emprego, que tenha sido vivido como um fardo para todos? Se sim quem e qual foi a ocorrência

Anexo III

MINI-COG

(Doerflinger, 2007)

Neste momento gostaria de lhe pedir que aceitasse fazer uns exercícios muito simples de memória. Pode ser?

1. Instruir o participante para ouvir atentamente e repetir o seguinte:

MAÇA RELÓGIO MOEDA

2. Administrar o Teste do Desenho do Relógio (Ler um tempo específico, ex: **11:20**).

3. Peça ao paciente para **repetir as três palavras** dadas anteriormente (1 ponto por cada palavra depois do Teste do Desenho do Relógio)

Pontuação:

3 – Não Demência ☐

1/ 2 - Com relógio correcto – Não Demência ☐

0 - Demência ☐

1/ 2 - Com relógio incorrecto – Defeito cognitivo ☐

Administração

O teste é administrado como se segue:

1. Instruir o participante para escutar atentamente as palavras e lembre-se 3 independentes e, em seguida, para repetir as palavras.

2. Instruir o participante para desenhar o rosto de um relógio, ou, com o relógio (Círculo) já desenhado na página. Após o participante colocar os números no relógio, peça-lhe para assinalar um tempo específico, como, por exemplo, 11:20. Essas instruções podem ser repetidas, mas nenhuma informação adicional deve ser dada.

- Dê ao participante o tempo que for necessário para completar a tarefa. O relógio serve de distractor

3. Peça ao paciente para repetir as palavras

1 Ponto por cada palavra correcta

Relógio – correcto ou incorrecto

Anexo IV

Índice de Katz de Actividades da Vida Diária

(Traduzido e adaptado de Katz, 1963, por Liliana Vilarinho e José Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação)

Vamos, agora, falar de algumas actividades básicas da vida diária que todas as pessoas realizam ou para as quais precisam de ajuda. Queríamos saber em que actividades precisa de ajuda e em quais não precisa.

Banho/Lavar-se: Independente — Necessita de ajuda só para lavar uma parte do corpo ou toma banho sozinho. Dependente — Requer ajuda para lavar mais partes do corpo ou para entrar e sair da banheira.
Vestir-se: Independente — Veste-se sem ajuda (incluindo ir buscar as coisas ao armário). Exclui o acto de atar os cordões dos sapatos. Dependente — Não se veste sozinho ou fá-lo de forma incompleta.
Uso da casa de Banho: Independente — Não precisa de nenhum tipo de ajuda para entrar ou sair da casa de banho. Usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente. Pode usar um urinol para a noite. Dependente — Precisa de ajuda para chegar ate à sanita e para usa-la adequadamente. Inclui o uso do urinol e da arrastadeira.
Mobilização (cama/Poltrona): Independente — Não precisa de ajuda para se sentar ou para se levantar da poltrona nem para entrar e sair da cama (pode utilizar ajudas mecânicas, como uma bengala). Dependente — Requer alguma ajuda para uma ou outra acção.
Continência: Independente — Controlo completo da micção e da defecação. Dependente — Incontinência parcial ou total. Inclui o controlo total dos esfíncteres mediante clisteres, sonda ou o uso regular do urinol e/ou da arrastadeira.
Alimentação: Independente — Leva a comida do prato até à boca sem ajuda. Dependente — É ajudado a levar a comida do prato até à boca. Inclui não comer e alimentação parentérica (alimentação complementar ou de substituição) através de uma sonda.

Deve recolher-se o que o paciente faz realmente, ou o que é capaz de fazer

Classificação:

- A.** Independente em todas as actividades.
 - B.** Independente em todas as actividades, menos numa.
 - C.** Independente em todas as actividades, menos no banho e noutra.
 - D.** Independente em todas as actividades, menos no banho, a vestir-se e noutra.
 - E.** Independente em todas as actividades, menos no banho, a vestir-se, no uso da casa de banho e noutra.
 - F.** Independente em todas as actividades, menos no banho, a vestir-se, no uso da casa de banho, na mobilização e noutra.
 - G.** Dependente em todas as actividades.
-

Anexo V

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

(Traduzido e adaptado de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988, por Liliana Vilarinho, Valter Gonçalves e José Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação)

Instruções: Nós estamos interessados em saber como se sente em relação às seguintes afirmações. Leia cada afirmação com todo o cuidado. Indique como se sente acerca de cada uma delas.

Faça uma circunferência à volta do 1 se discorda totalmente

Faça uma circunferência à volta do 2 se discorda bastante

Faça uma circunferência à volta do 3 se discorda em parte

Faça uma circunferência à volta do 4 se nem concorda nem discorda

Faça uma circunferência à volta do 5 se concorda em parte

Faça uma circunferência à volta do 6 se concorda bastante

Faça uma circunferência à volta do 7 se concorda totalmente

1.	Há uma pessoa especial que esta perto quando necessito de auxilio.								COMP
2.	Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.								COMP
3.	A minha família tenta mesmo ajudar me.								FAM
4.	Eu recebo da minha família o apoio e ajuda emocional que preciso.								FAM
5.	Eu tenho uma pessoa especial que de facto é uma fonte de conforto para mim.								COMP
6.	Os meus amigos tentam mesmo ajudar-me								AMI
7.	Eu posso contar com os meus amigos quando as coisas estão mal.								AMI
8.	Eu posso falar com a minha família acerca dos meus problemas								FAM
9.	Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas tristezas e alegrias								AMI

Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa

10.	Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.								COMP
11.	A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.								FAM
12.	Eu posso falar com os meus amigos sobre os meus problemas								AMI

Os itens tendem a dividir-se em grupos de factores relacionados às fontes do apoio social, nomeadamente família (FAM), amigos (AMI) ou companheiro(a) (COMP)

Anexo VI

Avaliação do Abuso Financeiro a Pessoas Idosas

(Traduzido e adaptado de Comijs, 1999, por Liliana Vilarinho, Valter Gonçalves e José Ferreira-Alves, 2009 – versão de investigação)

Vou fazer-lhe algumas perguntas que, pela experiência que temos recolhido, são perguntas que podem ter muita importância para compreender o seu estado de saúde e poder pensar em outras formas de o/a ajudar a melhorar. Essas perguntas serão sobre algumas experiências negativas da sua vida privada. Serão sobre comportamentos que lhe provocaram perdas ou danos materiais, efectuados pelo/a seu/sua marido/esposa, filhos ou outras pessoas que conheça bem. Muitas pessoas nunca sofreram estes danos. Mas sabemos existir igualmente um número significativo de pessoas que os sofreram e estão a sofrer. Nós estamos obrigados ao sigilo e, por isso, aquilo que nos contar só será do conhecimento de outros com a sua permissão. Pode estar completamente tranquilo sobre o nosso sigilo. Podemos começar? Tem alguma pergunta ou comentário que nos queira fazer neste momento?

	Sim	Não
1 - Desde que fez 65 anos, alguma vez alguém lhe tirou dinheiro sem a sua permissão?		

	Sim	Não
1.1 – Já tentaram?		

Se respondeu NÃO passar para a questão 2

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
1.2 - Com que frequência aconteceu					

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
1.3 - No ano passado, com que frequência alguém lhe tirou ou tentou tirar dinheiro sem a sua permissão?					

Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa

	Sim	Não
2 - Desde que fez 65 anos, alguma vez alguém lhe tirou posses suas sem a sua permissão? Por exemplo, jóias, valores, documentos de casa, etc...		

	Sim	Não
2.1 – Já tentaram?		

Se respondeu NÃO passar para a questão 3

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
2.2 - Com que frequência isso aconteceu					

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
2.3 - No ano passado, com que frequência alguém lhe tirou ou tentou tirar posses suas sem a sua permissão?					

	Sim	Não
3 - Desde que fez 65 anos, alguma vez alguém comprou coisas à sua custa sem a sua permissão? Por exemplo, mercearia ou electrodomésticos como uma televisão, gravador de vídeo, etc....		

	Sim	Não
3.1 – Já tentaram?		

Se respondeu NÃO passar para a questão 4

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
3.1 - Com que frequência isso aconteceu					

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
3.2 - No ano passado, com que frequência alguém comprou ou tentou comprar coisas à sua custa sem a sua permissão?					

Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa

	Sim	Não
4 - Desde que fez 65 anos, alguma vez a pessoa que faz a sua gestão financeira se aproveitou de si?		

	Sim	Não
4.1 – Já tentaram?		

Se respondeu NÃO passar para a questão 5

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
4.2 - Com que frequência aconteceu					

	Uma vez	Duas ou três vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Inúmeras vezes
4.3 - No ano passado, com que frequência a pessoa que faz a sua gestão financeira se aproveitou de si?					

Se Respondeu que NÃO a alguma das seguintes questões 1, 2, 3, e/ou 4 termina aqui o questionário

	Marido/Esposa	Filho/a	Neto/a	Outra	Nenhuma	Não sabe/ Não Resp.
5 – Que tipo de relação tem com a pessoa que o/a maltratou financeiramente?						

5.1 - Se forem mais que uma pessoa, por favor, poderia nomeá-las a todas?	
---	--

	Sim	Não
5.2 - É esta, também, a pessoa que normalmente a/o ajuda?		

Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa

	Sim	Não
6 – Alguma vez falou com alguém sobre estas experiências negativas?		

Se respondeu NÃO passar para a questão 8

7 – Quem é essa pessoa com quem falou? (Que tipo de relação tem com ela).	
--	-------

7.1 - Se forem mais que uma pessoa, por favor, poderia nomeá-las a todas?	
--	-------------------

8 – Se não falou com ninguém sobre esta experiência tão negativa, que razão aponta?			
Medo de perder o familiar	Nenhum ☐	Pouco ☐	Algum ☐
	Muito ☐	Bastante ☐	
Medo de retaliação	Nenhum ☐	Pouco ☐	Algum ☐
	Muito ☐	Bastante ☐	
Medo que ninguém acredite	Nenhum ☐	Pouco ☐	Algum ☐
	Muito ☐	Bastante ☐	
Medo de que o familiar ou amigo seja acusado pela justiça	Nenhum ☐	Pouco ☐	Algum ☐
	Muito ☐	Bastante ☐	
Vergonha de expor a família ou amigo ao domínio público	Nenhum ☐	Pouco ☐	Algum ☐
	Muito ☐	Bastante ☐	
Achar que o facto de denunciar não valeria a pena, ninguém daria atenção	Nenhum ☐	Pouco ☐	Algum ☐
	Muito ☐	Bastante ☐	

Muito obrigado pela sua colaboração!
