

## O *ageism* e os maus-tratos contra a pessoa idosa

Maria Emília de Clara Vergueiro<sup>1</sup> & Margarida Pedroso de Lima<sup>2</sup>

Com este estudo pretendeu-se averiguar se a discriminação social com base na idade (*Ageism*) se relaciona com o risco de abuso, maus-tratos e/ou negligência contra as pessoas idosas. Participaram 54 sujeitos, distribuídos por dois grupos: Pessoas Idosas (N=33) e Prestadores de cuidados/assistência pontual a pessoas idosas (N=21), a quem foram administrados, para além duma entrevista sociodemográfica, um instrumento relativo aos indícios de abuso (QEEA – *Questions to Elicit Elder Abuse*) e instrumentos referentes ao *Ageism* (*Ageism Survey* no caso das pessoas idosas e ARPI – Relacionamento com Pessoas Idosas - no grupo de prestadores de cuidados). Os resultados apurados a nível dos índices gerais dos questionários, não permitiram encontrar nenhuma correlação entre os dois fenómenos. Contudo, uma análise mais fina a nível dos itens dos instrumentos respeitantes à discriminação social permitiu verificar a existência de correlações entre alguns desses itens e os indícios de abuso.

PALAVRAS-CHAVE: *Ageism*, Estereótipos, Maus-tratos, Negligência, Abuso.

### Introdução

A revolução industrial propiciou uma série de mudanças sociais e tecnológicas que impulsionaram as alterações demográficas do último século: o *baby boom* no início do século XX (Nelson, 2005), os constantes avanços das ciências e da medicina e a recente diminuição da taxa de natalidade, deram origem ao envelhecimento da população a que hoje se assiste. Esta nova realidade social coloca novos desafios e problemas às sociedades contemporâneas (Simões, 2006).

O *Ageism* e os Maus-tratos, Abuso e Negligência contra as pessoas idosas são dos novos fenómenos emergentes nas sociedades actuais, decorrentes do envelhecimento demográfico. O *Ageism* diz respeito a um processo de estereotipagem e discriminação sistemáticos contra as pessoas, devido à sua idade (Butler, 1995). Este fenómeno é considerado o terceiro grande “ismo” da sociedade, depois do

---

<sup>1</sup> Aluna do Mestrado Integrado em Psicogentologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>2</sup> Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

racismo e do sexismo. Contudo, ele distingue-se dos demais pelo facto de qualquer ser humano ter probabilidade de o vivenciar, bastando para isso viver o tempo suficiente (Palmore, 2001).

Os maus-tratos, abuso ou negligência contra as pessoas idosas podem ser genericamente definidos como *o abuso físico, emocional ou psicológico de uma pessoa idosa por um cuidador formal ou informal. O abuso é repetido e constitui a violação dos direitos humanos e civis de uma pessoa dependente, por outra(s) pessoa(s) que tem poder sobre a sua vida* (Eastman, 1984; cit in Decalmer & Glendenning, 1997, 1). Este fenómeno *ocorre dentro de uma relação onde há expectativa de confiança, o que causa ofensa, dano ou distress no idoso* (Action on Elder Abuse, 1995; cit in Decalmer & Glendenning, 1997, 1).

No presente estudo pretendeu-se averiguar se a discriminação social com base na idade (*Ageism* ou *Idadismo*) se relaciona com o risco de abuso, maus-tratos e/ou negligência contra as pessoas idosas. Mas como a existência destes fenómenos só acontece se houver uma vítima e um perpetrador (que muitas vezes mantém uma relação de confiança), cada um com as suas perspectivas relativas aos mesmos e ao processo de envelhecimento, este estudo foi realizado junto de duas amostras da comunidade: grupo de pessoas idosas e grupo de prestadores de cuidados/assistência pontual a pessoas idosas. Através dos instrumentos administrados, estudou-se junto do grupo de pessoas idosas a existência de indícios de abuso e de comportamentos discriminatórios, dos quais já tenham sido vítimas. No grupo de prestadores de cuidados estudaram-se os indicadores de abuso aos quais, na sua opinião, os idosos a quem prestam assistência estão expostos e alguns comportamentos discriminatórios que já tenham cometido contra as pessoas idosas (no seu geral).

## 1. O Ageism

### 1.1. Emergência e definição do fenómeno

Apesar de hoje em dia o *ageism* pautar a forma como se actua perante as pessoas mais velhas, ao longo dos séculos estas nem sempre foram vistas com menos dignidade e respeito. Nas sociedades pré-históricas os anciãos, devido à sua experiência de vida e idade, eram vistos como os professores, guardiães das tradições, da história e da cultura do seu povo (Nelson, 2005). O desenvolvimento da imprensa, o emergir da revolução industrial e o aumento exponencial do número

de idosos no último século, criaram as condições para a emergência de um novo fenómeno social: o *Ageism* (McGowan, 1996; Nelson, 2005).

O *Ageism*, palavra com origem no vocábulo inglês *age* (idade), foi definido por Butler em 1969, como sendo um *processo sistemático de estereotipagem e de discriminação contra as pessoas porque são idosas (...)* O *ageism* permite às gerações mais novas ver os idosos como diferentes deles mesmos... (cit in: Allan, 2008, p.242; Nussbaum, et al., 2005, p.288).

Este fenómeno bem como o distanciamento entre as gerações mais novas e as pessoas idosas, sugerido pela anterior citação, são ainda consequência duma sociedade em que crenças e valores culturais e sociais como a exaltação da beleza, a glorificação da juventude, a conceptualização do indivíduo como auto-suficiente, o individualismo, o ideal de uma livre competição socioeconómica e a redução do valor humano à utilidade económica (McGowan, 1996), originam não só a sobrevalorização dos problemas decorrentes do processo de envelhecimento como também o medo da dependência, e consequentemente, o de envelhecer (Oliveira, 2008; Sheets, 2005).

O *ageism* manifesta-se a três níveis: pessoal (relacionado com as crenças e sentimentos individuais relativos ao envelhecimento), cultural (que se relaciona com a sobrevalorização dos aspectos e dos estereótipos negativos relativos às pessoas idosas) e estrutural (uma conjuntura económica que retira vantagens às pessoas idosas através da reforma compulsiva ou forçada, de baixas pensões ou de acessos limitados aos cuidados de saúde) (Allan, 2008).

Na sociedade actual é frequente considerar os idosos como sendo rígidos, conservadores, religiosos, não atraentes, senis, improdutivos e gastadores, doentes, de trato difícil, pobres e assexuados, infelizes, dependentes da ajuda de outrem em crise de identidade, com baixa auto-estima, com dificuldades de adaptação a novos papéis e lugares, sofrendo de isolamento, com pouca motivação para o futuro, como tendo atitudes infantis, com tendência à somatização, à hipocondria, à depressão ou ao suicídio (Oliveira, 2008; McGowan, 1996). São também muitas vezes associados à própria morte. Estes estereótipos fomentam o evitamento social e a segregação, o humor hostil/depreciativo (epítetos, cartoons e anedotas), o desrespeito, as práticas e políticas discriminatórias, e a convicção de que os idosos são o resto e o sorvedouro da sociedade (Palmore, 2001; Butler, 1995; Gatz & Pearson, 1988).

Contudo, as atitudes discriminatórias tanto podem ser positivas com negativas, isto é, tanto podem funcionar a favor como contra a pessoa idosa (Schaie, 1993). Palmore (1999; cit in Nussbaum, et al., 2005) enumera oito estereótipos positivos associados à velhice: amabilidade, sabedoria, confiança, abundância, poder político, liberdade, eterna juventude e felicidade. Alguns comportamentos que aparente-

mente são cortesia ou delicadeza para com as pessoas idosas são ilustrativos da discriminação positiva e, regra geral, estão tão enraizados na sociedade, que são naturalmente aceites por todos: por exemplo, dirigir-se à pessoa com um discurso paternalista ou condescendente (Cherry & Palmore, 2008).

Segundo Nelson (1992), *os preconceitos relacionados com a idade são os mais aceites e institucionalizados do mundo* (cit in Kite, Stockdale Whitley & Johnson, 2005, p. 259). Uma das suas formas que em muito tem contribuído para este cenário é o *ageism implícito*, ou seja, os pensamentos, sentimentos, crenças e comportamentos existentes para com as pessoas idosas, que acontecem sem que se tenha consciência ou controlo, e que se assumem como sendo a melhor forma de interagir com estas pessoas: são os estereótipos enraizados na própria cultura. Apesar de, na maioria das vezes o *ageism* ser assumido como algo que parte dos outros para com a pessoa idosa, o facto é que, depois de uma vida inteira de exposição a este fenómeno, todos nós tendemos a interiorizar uma série de *auto-estereótipos*, na sua maioria negativos, acerca do próprio processo de envelhecimento (Bytheway, 2005; Levy, 2001) que, não só os perpetuam, como reforçam as crenças sociais, ou seja, o *ageism* (Butler, 1995).

Este fenómeno é muito notório na linguagem utilizada para com as pessoas idosas, em especial em contextos institucionais (Bytheway, 2005). Esta apresenta-se muitas vezes *sobre-ajustada* (as palavras são verbalizadas de uma forma muito delicada, alto e devagar, com entoação exagerada e um tom mais agudo, utilizando frases pequenas e simples) ou num *discurso infantilizado* semelhante àquele que se tem para com os bebés (com entoação é exagerada, o tom é elevado e a linguagem demasiado simplificada).

Os serviços de saúde também não estão isentos das práticas *ageistas*. Nussbaum e colaboradores (2005) reportam no seu artigo que cerca de 30 – 50% dos clínicos limitam o número de pacientes idosos a quem dão assistência. Frequentemente actuam e comunicam perante esta população de uma forma diferente, receitam mais medicação e transmitem menos informação sobre o estado clínico e os medicamentos, e desvalorizam determinadas queixas e sintomas atribuindo-os ao próprio processo de envelhecimento (Cuddy, Norton & Fiske, 2005). Em contextos psiquiátricos denota-se uma tendência para olhar as pessoas idosas como detentoras de um menor potencial de mudança e duma maior deterioração cognitiva, pelo que são poucos admitidos em psicoterapia (Nussbaum *et al.*, 2005) e nem sempre os problemas que apresentam são levados devidamente a sério, denotando-se uma tendência para sobrestimar o diagnóstico de Demência de Alzheimer e uma desvalorização de outros problemas psicológicos. Os seus prognósticos são geralmente avaliados como piores do que nos adultos mais jovens (Nelson, 2005; Nussbaum *et al.*, 2005).

Na esfera laboral o *ageism* faz-se sentir, desde logo na admissão dos candidatos, onde muitas vezes os mais velhos são protelados devido ao estereótipo da improdutividade. As leis laborais também reflectem frequentemente este tipo de estereótipo, já que fomentam a reforma compulsiva aos 65-70 anos, independentemente da vontade do trabalhador ou do empregador (Roscigno, Mong, Byron, & Tester, 2007).

E foi com este pano de fundo societal que, em 2002, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a Comissão para o Desenvolvimento Social da ONU definiu o *ageism* como *meio pelo qual os direitos das pessoas idosas são negados ou violados. Estereótipos negativos e o denegrir das pessoas mais velhas podem ser traduzidos numa ausência de preocupação social para com os idosos, em risco de marginalização e na negação de igualdade de oportunidades, recursos e direitos* (cit in, Viegas & Gomes, 2007, p. 29). Deste modo, o *ageism* torna-se um factor contextual de risco/propiciador não só de comportamentos de evitamento, negação ou subordinação (Sheets, 2005), mas também de situações de maus-tratos, abuso ou negligência contras as pessoas idosas, um fenómeno ainda muito subestimado na nossa sociedade, já que as vítimas silenciam muitas vezes estes casos (Allan, 2008; Nelson, 2005).

## 2. Abuso, Maus-tratos e Negligência contra as Pessoas Idosas

### 2.1. Definição e tipologia do abuso de idosos

As primeiras referências teóricas de maltrato aos idosos surgem em 1975 nos artigos publicados por Backer e Burston. Estes foram o mote para a realização de diversas investigações por todo o mundo. Todavia, a conceptualização deste fenómeno ainda não é consensual entre investigadores já que implica definir uma realidade societal complexa.

Segundo o *Social Services Inspectorate of the Departement of Health* (1993) o *abuso pode ser (...) físico, sexual, psicológico ou financeiro (...) intencional ou não, ou (...) o resultado de negligência. Provoca dano à pessoa idosa de forma temporária ou permanente* (cit in Decalmer & Glendenning, 1997, 1).

Partindo de uma análise e revisão das definições existentes, o *National Center on Elder Abuse* (1998) encontrou e definiu 7 tipos de abuso para idosos não institucionalizados:

- Abuso físico: utilização não acidental da força física que pode originar ferimentos corporais, dor física ou incapacidade no idoso. Por exemplo: punições físicas (bater,

esbofetear), empurrar, compelir, arranhar, sob ou sobre medicação, coerção forçada fisicamente, aprisionamento, infligir queimaduras, ameaçar com uma faca, etc.;

- **Abuso sexual:** envolvimento do idoso em actividades sexuais para as quais ele não deu consentimento informado, não quer e/ou não compreende o seu significado. Por exemplo, pornografia, violação, incesto, etc.;

- **Abuso emocional ou psicológico:** infligir ao idoso, por meio de estratégias verbais ou não-verbais, angústias, dor ou aflição. Exemplo disto são as ameaças, humilhação (gritar, chamar nomes, insultar), infantilização, intimidação, privação, omissão, negação de direitos básicos, hostilização, manipulação, isolamento, etc.;

- **Exploração material ou financeira:** uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades do idoso, para seu ganho pessoal. Por exemplo, roubo, uso, venda de propriedades ou transferência de dinheiro, apropriação de outros bens do idoso sem o seu consentimento, assinatura forjada em cheques ou outros documentos financeiros ou legais, etc.;

- **Abandono:** a pessoa que tinha a custódia física ou a responsabilidade de cuidar do idoso deixa-o “entregue a si mesmo”, desaparece, ou deixa-o numa instituição, hospital, ou mesmo na rua;

- **Negligência:** recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres ao idoso. Por exemplo, fechar o idoso num quarto ou outro compartimento, recusar alimentá-lo ou dar-lhe de beber, recusa de suporte material e emocional, negligência a nível dos cuidados de higiene e de saúde, etc. (Dyer, 2005). Segundo Wolf e Pillemer (1989), *existem 2 tipos de negligência: negligência activa (através da negação ou fracasso intencional no cumprimento das acções necessárias ao bem-estar da pessoa idosa, provocando-lhe stress emocional ou físico); e negligência passiva (que difere da primeira pelo facto de não ser consciente ou intencional)* (cit in Dias, 2004, p.51);

- **Auto-negligência:** a pessoa idosa comete actos que atentam contra a sua própria saúde ou segurança, sendo estas acções inconscientes e involuntárias. Por exemplo, isolar-se dos outros, vestir-se inadequadamente face às condições ambientais, falta de cobertura adequada, etc. (Dyer, *et al.*, 2007; Longres, 1995).

Existem ainda outras formas de abuso descritas na literatura: a violação dos direitos (o direito à privacidade, à confidencialidade, a escolhas livres, liberdade religiosa, liberdade de recusar a toma de psicotrópicos, e liberdade no consentimento para ir para uma dada instituição) e o raptó (que inclui levar os idosos para instituições sem o seu consentimento, impedindo-os de regressar utilizando para tal a força, coerção ou influência excessiva/ilegítima) (Nerenberg, 2008).

Ao contrário das notícias que a comunicação social frequentemente difunde, a maioria dos abusos não ocorre em meio institucional, mas sim em casa, no seio das suas famílias (visto que é sozinhos ou com os seus familiares que a maior parte dos idosos vive, pelo menos no nosso país)<sup>3</sup>, podendo admitir-se que esta é uma forma de violência doméstica emergente no ocidente. Como tal, deve ser denunciada e os sistemas legislativos deverão ser adaptados no sentido de proteger estas vítimas.

## 2.2. Factores de Risco

Os factores/indicadores de risco para abuso de pessoas idosas são definidos como experiências, comportamentos, aspectos ambientais ou de estilo de vida, ou características pessoais, que aumentam a probabilidade de ocorrência do maltrato. Diversos estudos apontam para uma grande heterogeneidade destes factores que, geralmente, nunca surgem isoladamente: trata-se, portanto, de uma conjugação de diversas condições (umas relacionadas com o idoso e outras com o perpetrador).

Partindo da revisão de estudos proposta pelo National Research Council (NRC; 2003) e por Nerenberg (2008), a nível do idoso, destacam-se os seguintes factores de risco:

- O isolamento/falta de suporte social;
- Ter demência ou declínio cognitivo;
- Ter problemas de saúde mental (depressão, baixa auto-estima, abuso de substâncias);
- Personalidade exigente do idoso;
- Problemas de saúde que limitem a funcionalidade;
- Idade (estudos revelam que os idosos com 80 ou mais anos são mais susceptíveis de risco de abuso);
- Ter sofrido perdas recentes;
- Falta de recursos financeiros;
- Ter conflitos conjugais/familiares;
- Relação com o actual cuidador de baixa qualidade;
- História de violência familiar.

---

3 Segundo Ferreira-Alves (2005) “A maioria dos abusos não se dá em lares ou instituições (...) apenas cerca de 4% (dados norte-americanos) das pessoas idosas estão em instituições e que nestes a larga maioria tem as suas necessidades básicas satisfeitas sem a experiência de qualquer tipo de abuso”.

No que ao perpetrador respeita salientam-se factores como (Nerenberg, 2008; Reis, 2000; *cit in* Ferreira-Alves, 2005; NRC, 2003; Anetzberger, 2000):

- Distúrbios psicológicos/ problemas mentais/ problemas de comportamento: depressão, abuso de substâncias, distúrbios anti-sociais, hostilidade para com o idoso, histórias de violência fora dos contextos familiares, personalidade rígida e autoritária perante os outros, etc.;
- Dependência da vítima: situações de desemprego, ser-se solteiro, ou depender emocional, financeira ou habitacionalmente da vítima;
- Personalidade do cuidador;
- Stress do cuidador: ocasionado por um aumento da sua sobrecarga relacionado com o aparecimento de um maior número de necessidades de cuidado do idoso; falta de suporte social; problemas a nível familiar, no emprego, esgotamento emocional;
- Não compreender a condição médica da vítima;
- Inexperiência na prestação de cuidados;
- Relação passada e/ou actual com o idoso de baixa qualidade;
- Ambiente sociocultural: que sanciona, por exemplo, a procura de ajuda fora da família ou a institucionalização.

Como este fenómeno está intrinsecamente relacionado com as próprias representações sociais, há ainda a salientar o *Ageism* como factor de risco, ou seja, a questão dos estereótipos e mitos relacionados com a idade adulta avançada, como a falta de produtividade, pobreza, doença, invalidez, descomprometimento, inflexibilidade, senilidade, serenidade, infantilidade, entre outros (Alberto, 2004; Dias, 2004; Glendenning, 1997a; Lachs, 1995).

## Metodologia

### 1. Amostra

Para esta investigação foram constituídos dois grupos de sujeitos: Pessoas Idosas (N=33) e Prestadores de Cuidados/Assistência Pontual a Pessoas Idosas (N=21). A amostra (N=54) foi recolhida quer em meio rural (no lugar da Caniceira, da freguesia da Tocha, Concelho de Cantanhede), quer em meio urbano (Coimbra).



No que diz respeito às características sociodemográficas do grupo de pessoas idosas, a sua média etária situa-se nos 77,21 ( $dp=6,39$ ) anos, sendo maioritariamente do sexo feminino ( $N=23$ ; 69,7%). A nível do estado civil, a maioria são viúvos (42,4%), seguindo-se os casados (36,4%), os solteiros (15,2%) e os divorciados (6,1%). Dos inquiridos, 54,5% vivem em meio predominantemente rural 42,4% em meio urbano e apenas 3% em meio moderadamente urbano. O nível de escolaridade predominante é o correspondente ao ensino básico, seguindo-se a taxa de analfabetismo de 27,3%, apenas 6,1% completaram o segundo ciclo, bem como o ensino secundário, e apenas 3% dos inquiridos completou o terceiro ciclo e 3% o ensino superior. O nível socioeconómico predominante é o baixo (78,8%), pertencendo os restantes ao nível médio (21,2%). A maioria vive numa casa sua (75,8%). A nível do estado de saúde, nesta amostra, 72,7% dos sujeitos ( $N=24$ ) não manifesta problemas psicológicos, em 97% dos casos existe a presença de problemas físicos, nenhum consome regularmente substâncias tóxicas (álcool, drogas ou medicamentos não prescritos), e 18,2% necessitam de ajuda para realizar as actividades de vida diárias.

A amostra de prestadores de cuidados/assistência pontual a idosos tem uma média de idade de 55,62 ( $dp=13,58$ ) anos, e é composta na sua quase totalidade por mulheres (95,2%). O estado civil predominante é o de casado (61,9%), seguindo-se o de solteiro (28,6) e o de divorciado (9,5%). A maioria dos entrevistados vive num meio predominantemente rural (57,1%), 33,3% pessoas residem em meio urbano e 9,5% em meio moderadamente urbano. A maior parte apenas frequentou o ensino básico (52,4%), 19% têm um curso superior, 9,5% tem o segundo ciclo, 9,5% o ensino secundário, e apenas 4,8% completou o terceiro ciclo, sendo 4,8% dos inquiridos analfabeto. O nível socioeconómico predominante neste grupo é o médio (57,1%), seguindo-se o baixo (38,1%) e o alto (4,8%). A maioria habita uma casa sua 90,5%. A nível do estado de saúde, 33,33% sofre problemas psicológicos, nenhum consome regularmente substâncias tóxicas, e 80,9% sofre patologias fisiológicas. No que diz respeito a comportamentos específicos que têm para com as pessoas idosas (comportamentos considerados abusivos), 28,6% dos prestadores de cuidados/assistência pontual confessaram já alguma vez terem gritado/insultado/intimidado/ameaçado o idoso a quem prestam essa ajuda.

## 2. Procedimento

Em meio rural ( $N=30$ ), os sujeitos foram convidados a participar no estudo através de uma interpelação “porta-à-porta”, e as entrevistas, efectuadas em casa dos participantes, num ambiente tranquilo, seguro e confidencial. Na cidade de Coimbra, a recolha de amostra ( $N=24$ ) foi efectuada na Consulta de Apoio Psicológico

para Idosos Vítimas de Maus-tratos e Negligência (GEAVI) da FPCE-UC, no Centro de Dia 25 de Abril do Ateneu de Coimbra, no Centro de Dia da Casa de Repouso de Coimbra, na Unidade de Saúde de Coimbra – Fernão Mendes Pinto Saúde, S.A. e ainda no ActuaLab (laboratório de análises clínicas). Em todos estes locais os utentes foram convidados a participar nesta investigação, tendo as entrevistas decorrido numa sala cedida pela respectiva instituição para o efeito, com a finalidade de garantir a segurança, a privacidade e a confidencialidade dos dados.

O protocolo (composto por uma entrevista e alguns questionários) foi administrado individualmente a cada sujeito pela entrevistadora.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado recorrendo à versão 14.0 do SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows. Para a análise dos dados, para além do recurso aos procedimentos de estatística descritiva, foi utilizado o Coeficiente de Correlação  $\rho$  de Spearman (alternativa não paramétrica ao Coeficiente de Correlação produto-momento de Pearson, cuja utilização se revelou desaconselhada). O teste  $t$  de *Student* para amostras independentes foi também aplicado (técnica paramétrica). Um  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

### 3. Instrumentos

Nesta investigação foram utilizados dois protocolos diferentes, consoante se estava na presença de uma pessoa idosa ou de um prestador de cuidados/assistência pontual a pessoas idosas.

No caso do grupo Pessoas Idosas, foram administrados os seguintes instrumentos:

– *Questionário sociodemográfico para a pessoa idosa* (Marmolejo, 2006): uma tradução do utilizado num estudo realizado em Espanha por Marmolejo para o Centro Raina Sofia em 2006, onde se pretendia estudar o fenómeno do abuso de idosos em contexto familiar neste país.

– *Questions to Elicit Elder Abuse* [QEEA (Auto-resposta); Carney, Kahan & Paris, 2003; Adaptado por Ferreira-Alves & Sousa, 2005]: concebido como um instrumento de rastreio e detecção de indicadores de risco de abuso, maus-tratos e negligência contra as pessoas idosas, este instrumento contém um conjunto de 15 questões que reflectem indicadores prováveis de abuso. Estas aludem a quatro tipos de maus-tratos: 4 relativas ao abuso físico, 5 acerca do abuso emocional, 4 sobre a negligência e 2 relacionadas com o abuso financeiro.

– *Ageism Survey* (Palmore, 2001; Adaptado por Ferreira-Alves & Novo, 2006): questionário de auto-resposta que procura avaliar a discriminação social contra

as pessoas idosas – *Ageism*. Inclui 20 itens (cf Quadro 5 em anexo), cada um retratando um exemplo de estereótipos, atitudes e discriminação pessoal ou institucional negativos contra as pessoas idosas.

Aos prestadores de cuidados/assistência pontual a pessoas idosas procedeu-se à administração de:

– *Questionário sociodemográfico para prestadores de cuidados* (Marmolejo, 2006): uma tradução do utilizado num estudo realizado em Espanha por Marmolejo para o Centro Raina Sofia em 2006, onde se pretendia estudar o fenómeno do abuso de idosos em contexto familiar neste país.

– *Questions to Elicit Elder Abuse* [QEEA (Hetero-resposta)]: uma adaptação do QEEA construído por Carney, Kahan & Paris, (2003) realizada para permitir questionar os prestadores de cuidados acerca de alguns indícios de abuso das quais o seu idoso poderá estar a ser vítima. A única alteração introduzida em relação ao questionário inicial prende-se com a forma como as questões estão formuladas, para permitir a obtenção de uma hetero-resposta;

– ARPI – Relacionamento com Pessoas Idosas (*Relating to Old People Evaluation* - ROPE; Cherry & Palmore, 2004; Adaptado por Ferreira-Alves & Novo, 2005): questionário de auto-resposta que procura medir a frequência e o tipo de comportamentos discriminatórios positivos ou negativos contra as pessoas idosas, empreendidos no dia-a-dia (Cherry & Palmore, 2008). Contém 20 itens (cf Quadro 6 em anexo) que retratam comportamentos/situações de discriminação pessoal. Destes, 6 itens ilustram episódios de discriminação positiva e os restantes 14 comportamentos discriminatórios negativos.

## Resultados

### 1. Estatística descritiva dos instrumentos

#### 1.1. Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA auto-resposta)

Com a aplicação deste instrumento foi possível observar que 2/3 dos sujeitos, 22 dos 33 participantes na amostra (66,66%) apresentam pelo menos um indício de abuso. A forma de abuso mais prevalente foi o abuso emocional (N=17; 72,7%), seguida da negligência (N=9; 40,9%) e do abuso financeiro (N=5; 22,7%). Não se registaram casos de abuso físico.

### 1.2. Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA hetero-resposta)

Dos 27 idosos que recebem ajuda por parte dos prestadores de cuidados entrevistados, 24 (88,9%) apresentam, na opinião dos seus cuidadores, pelo menos um indício de abuso. A forma de abuso com mais indícios é o abuso emocional (N=16; 66,6%), seguido do abuso financeiro (N=11; 45,8%) e da negligência (N=6; 25%). Não surgiram indícios de abuso físico.

### 1.3. Ageism Survey

Dos 33 participantes do grupo de pessoas idosas, 15 (45,5%) respondeu nunca ter experienciado nenhuma das situações retratadas nos itens. O episódio de discriminação mais vivenciado pela população diz respeito ao item 12 (*Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade*). A segunda situação com maior incidência neste grupo foi a descrita no item 17 (*Alguém supôs que eu não compreendia bem devido à minha idade*). As formas de discriminação nunca experimentadas pelas pessoas idosas da amostra são as descritas pelos itens 6 (*Recusaram arrendar-me uma casa devido à minha idade*) 7 (*Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade*) 8 (*Negaram-me uma posição de liderança devido à minha idade*) e 20 (*Fui vitimado(a) por um crime devido à minha idade*).

A média alcançada em AS\_Total (índice calculado a partir do somatório das pontuações que o sujeito atribuiu aos diferentes itens) é de 2,15 com um desvio-padrão de 5,24. O resultado mínimo alcançado foi de zero e o máximo de 30.

### 1.4. Relacionamento com Pessoas Idosas (ARPI)

Todos os prestadores de cuidados/assistência pontual, afirmaram já ter praticado pelo menos uma das situações de discriminação descritas nos itens. As formas de discriminação mais prevalentes, são as descritas nos itens 1 e 8 (respectivamente, *Elogio pessoas idosas dizendo que, apesar da idade, têm boa aparência*, e *Quando fico a saber a idade de uma pessoa idosa, acontece dizer-lhe “não parece ter essa idade”*), descrevendo 1 uma forma de discriminação positiva, e 8 uma de discriminação negativa. Já os episódios de discriminação praticados pelos entrevistados são os retratados pelos itens 2 (*Envio a pessoas idosas cartões de aniversário que fazem troça da sua idade*), 4 (*Conto a pessoa idosas anedotas que troçam da idade*), 14 (*Ignoro algumas pessoas pelo facto de serem idosas*), 15 (*Voto a favor de uma pessoa idosa devido, justamente, à sua idade*), e 17 (*Evito algumas pessoas pelo facto de serem idosas*).

A média de ARPI\_DN (índice calculado a partir do somatório dos valores atribuídos pelo sujeito nos itens referentes à discriminação negativa) foi de 4,76, (dp=2,36),

sendo o valor mínimo de resposta 1 e o máximo 9. No que respeita ao ARPI\_DP (índice calculado a partir do somatório dos valores atribuídos pelo sujeito nos itens referentes à discriminação positiva), a média foi 4,67 com um desvio-padrão de 2,06, com um mínimo de 1 e um máximo de 9. No ARPI\_Total (índice que corresponde ao somatório dos valores das respostas dadas em todos os itens do instrumento) a  $M=9,43$  e  $dp=3,95$ .

## 2. Correlações entre o desempenho dos sujeitos nos vários testes

### 2.1 Grupo Pessoas Idosas

Para alcançar o objectivo proposto (averiguar se a discriminação social se relaciona com o risco de maus-tratos, abuso e/ou negligência contra as pessoas idosas), inicialmente, no grupo pessoas idosas, procedeu-se a uma correlação entre o número de indicadores de abuso físico, emocional, financeiro, negligência e total de indicadores preenchidos no QEEA, com o somatório total do *Ageism Survey* (AS).

**Quadro 1. Correlações entre os resultados do desempenho do grupo pessoas idosas (N=33)**

	QEEA_Fis	QEEA_Em	QEEA_Ng	QEEA_Fn	QEEA_Total
AS_Total	.	.207	.200	-.279	.136
	.	.248	.265	.115	.451

Contudo, como nenhuma correlação foi verificada (Quadro 1), procedeu-se a uma nova correlação, desta vez entre os indicadores do QEEA referidos e os 20 itens do AS.

**Quadro 2. Correlações entre os resultados do desempenho do grupo pessoas idosas (N=33)**

	QEEA_Fis	QEEA_Em	QEEA_Ng	QEEA_Fn	QEEA_Total
AS_1	.	.075	.101	-.133	.042
	.	.677	.576	.459	.818
AS_2	.	.220	.370	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_3	.	.077	.313	-.134	.138
	.	.668	.076	.458	.442
AS_4	.	.372*	.531**	-.107	.423*
	.	.033	.001	.552	.014
AS_5	.	-.150	.035	-.133	-.149
	.	.404	.846	.459	.408
AS_6	.	.	.	.	.
	.	.	.	.	.
AS_7	.	.	.	.	.
	.	.	.	.	.
AS_8	.	.	.	.	.
	.	.	.	.	.

AS_9	.	.220	.370*	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_10	.	.215	.454**	-.107	.320
	.	.229	.008	.552	.070
AS_11	.	.220	.370*	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_12	.	.227	.208	-.089	.299
	.	.203	.246	.624	.090
AS_13	.	.218	.456**	-.107	.322
	.	.222	.008	.552	.068
AS_14	.	.220	.370*	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_15	.	.220	.370*	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_16	.	.215	.188	-.107	.049
	.	.229	.294	.552	.788
AS_17	.	.226	.025	-.157	.163
	.	.206	.890	.383	.366
AS_18	.	.220	.370*	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_19	.	.220	.370*	-.075	.281
	.	.219	.034	.679	.114
AS_20	.	.	.	.	.
	.	.	.	.	.

\* Correlação significativa ao nível .05 (teste bicaudal)

\*\* Correlação significativa ao nível .01 (teste bicaudal)

Estes dados (Quadro 2) permitem verificar a existência de uma correlação média positiva entre os indicadores de abuso emocional e o item 4 do AS (*Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade*):  $r_s=0,372$ ;  $N=33$ ;  $p=0,033$ . Logo existem elevados valores de indicadores relativos ao abuso emocional sempre que se verifica esta forma de discriminação social devida à idade, o que vai no sentido da hipótese teórica.

É possível verificar também uma correlação positiva entre os indicadores de negligência e diversos itens do *Ageism Survey*. Esta correlação positiva é forte com o item 4 [(*Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade*);  $r_s=0,531$ ;  $N=33$ ;  $p=0,001$ ]. Com os restantes itens do AS com os quais se relaciona, esta correlação positiva é média: item 9 [(*Fui rejeitado (a) por não ser atraente devido à minha idade*);  $r_s=0,370$ ;  $N=33$ ;  $p=0,034$ ], item 10 [(*Fui tratado (a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade*);  $r_s=0,454$ ;  $N=33$ ;  $p=0,008$ ], item 11 [(*Um empregado de mesa ignorou-me devido à minha idade*);  $r_s=0,37$ ;  $N=33$ ;  $p=0,034$ ], item 13 [(*Negaram-me tratamento médico devido à minha idade*);  $r_s=0,456$ ;  $N=33$ ;  $\text{sig}=0,008$ ], item 14 [(*Negaram-me emprego devido à minha idade*);  $r_s=0,37$ ;  $N=33$ ;  $p=0,034$ ], item 15 [(*Negaram-me uma promoção devido à minha idade*);  $r_s=0,37$ ;  $N=33$ ;  $p=0,034$ ], item 18 [(*Alguém me disse: “és demasiado velho (a)”*);  $r_s=0,37$ ;  $N=33$ ;

$p=0,034$ ] e item 19 [(A minha casa foi vandalizada devido à minha idade);  $r_s=0,37$ ;  $N=33$ ;  $p=0,034$ ]. Os dados mostram que o aumento de indicadores de negligência se associa a um aumento das situações de discriminação social pela idade.

O total de indicadores de abuso do QEEA está relacionado positivamente e de forma moderada com o item 4 do AS [(Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade);  $r_s=0,423$ ;  $N=33$ ;  $p=0,014$ ]. Assim se verifica que um aumento do número total de indicadores de abuso está relacionado com um maior aumento das vivências desta situação de discriminação social.

## 2.2. Grupo Prestadores de cuidados/assistência pontual

Tal como no grupo anterior, começou-se também neste por correlacionar os indicadores de abusos físico, emocional, financeiro, negligência e total de indicadores preenchidos (QEEA) com os índices ARPI\_DN, ARPI\_DP e ARPI\_Total.

**Quadro 3.** Correlações entre os resultados do desempenho do grupo prestadores de cuidados ( $N=21$ )

	QEEA_Fis	QEEA_Em	QEEA_Ng	QEEA_Fn	QEEA_Tot-al
ARPI_DP	. .	-.078 .736	.241 .293	.216 .347	.243 .289
ARPI_DN	. .	-.308 .174	.082 .723	.201 .381	.003 .989
ARPI_To-tal	. .	-.200 .386	.179 .436	.167 .469	.114 .621

Dado que não foi encontrada nenhuma correlação entre os índices destes dois instrumentos (Quadro 3), procedeu-se à correlação dos índices do QEEA, com os 20 itens do *Relacionamento com Pessoas Idosas* (ARPI).

**Quadro 4.** Correlações entre os resultados do desempenho do grupo prestadores de cuidados ( $N=21$ )

	QEEA_Fis	QEEA_Em	QEEA_Ng	QEEA_Fn	QEEA_Total
ARPI_1	. .	-.038 .870	.000 1.000	-.136 .556	-.084 .717
ARPI_2	. .	. .	. .	. .	. .
ARPI_3	. .	-.168 .466	.022 .926	.082 .723	-.036 .879
ARPI_4	. .	. .	. .	. .	. .
ARPI_5	. .	.063 .785	.364 .105	.308 .174	.463* .035
ARPI_6	. .	.142 .540	.849** .000	-.060 .796	.500* .021

ARPI_7	.	.249 .277	.298 .189	-.037 .874	.276 .226
ARPI_8	.	-.100 .665	.054 .816	-.041 .859	-.198 .390
ARPI_9	.	-.203 .377	.164 .477	.283 .214	.160 .488
ARPI_10	.	-.208 .366	-.335 .137	.389 .081	.014 .953
ARPI_11	.	.018 .938	.195 .397	-.102 .659	.116 .616
ARPI_12	.	-.087 .706	-.157 .498	.389 .081	.057 .805
ARPI_13	.	-.543** .011	.032 .890	.369 .100	-.160 .489
ARPI_14	.	.	.	.	.
ARPI_15	.	.	.	.	.
ARPI_16	.	.322 .155	-.108 .641	-.206 .370	.218 .343
ARPI_17	.	.	.	.	.
ARPI_18	.	-.087 .706	-.157 .498	.045 .847	-.115 .620
ARPI_19	.	-.005 .984	-.204 .376	-.226 .324	-.171 .457
ARPI_20	.	-.051 .825	.000 1.000	-.044 .850	.042 .856

\* Correlação significativa ao nível .05 (teste bicaudal)

\*\* Correlação significativa ao nível .01 (teste bicaudal)

Através dos dados obtidos (Quadro 4) é possível constatar a existência de uma forte correlação negativa entre os indicadores de abuso emocional e o item 13 (*Uso palavras simples quando falo com pessoas idosas*) do ARPI ( $r_s=-0,543$ ;  $N=21$ ;  $p=0,011$ ), ou seja, elevados indicadores de abuso emocional identificados pelo cuidador, na pessoa idosa a quem presta auxílio, associam-se a baixos níveis do comportamento de discriminação negativa descrito neste item.

Os indicadores de negligência surgem correlacionados forte e positivamente com o item 6 do ARPI (*Digo a uma pessoa idosa: “você é velho demais para isso”*);  $r_s=0,849$ ;  $N=21$ ;  $p<0,001$ ]. Logo, elevados indicadores de negligência identificados pelo cuidador como estando presentes na pessoa idosa de quem cuida, associam-se a um elevado número do comportamento de discriminação negativa descrito nesse item.

No que diz respeito ao total dos diversos indicadores de abuso identificados pelos cuidadores como estando presentes nas pessoas idosas de quem cuidam, verifica-se uma correlação positiva moderada com o item 5 do ARPI (*Seguro uma porta*



aberta a uma pessoa idosa devido à sua idade);  $r_s=0,463$ ;  $N=21$ ;  $p=0,35$ ] e uma forte correlação positiva com o item 6 do mesmo questionário [(*Digo a uma pessoa idosa: “você é velho demais para isso”*);  $r_s=0,500$ ;  $N=21$ ;  $p=0,021$ ], o que sugere que, um maior cometimento destes comportamentos discriminatórios descritos se associa a um maior número de indícios de abuso contra as pessoas idosas.

## Discussão

O *ageism*, como manifestação de uma visão negativa relativa às pessoas mais velhas, influencia as representações sociais, sendo descrito pela literatura como um factor propiciador ou factor de risco para o abuso, maus-tratos e negligência contra as pessoas idosas (Lachs, 1995; Glendenning, 1997b; Alberto, 2004; Dias, 2004 Nelson, 2005; Allan, 2008). O *Modelo teórico do risco de abuso de idosos em contexto doméstico* (NRC, 2003), reforça esta visão, ao sublinhar que as crenças e atitudes que, quer a pessoa idosa, quer o seu cuidador, têm relativamente ao envelhecimento, vão influenciar a forma como interagem. Um dos fenómenos passível de surgir desta interacção é o abuso de pessoas idosas.

Este trabalho de investigação foi, então, proposto para investigar a relação existente entre estes dois fenómenos, esperando-se encontrar, de facto, uma relação positiva entre o número de indicadores de abuso preenchidos pela pessoa idosa e um maior número de comportamentos de discriminação a que é sujeita. No entanto, em ambos os grupos, ao comparar os índices do *Questions to Elicit Elder Abuse* (QEEA) com os índices dos instrumentos relativos à discriminação social (o *Ageism Survey* - AS - no grupo pessoas idosas e o *Relacionamento com Pessoas Idosas* - ARPI - no grupo de prestadores de cuidados), não foi encontrada qualquer correlação.

Todavia, e uma vez que o fenómeno do *Ageism* compreende um vasto leque de estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios, tornou-se pertinente correlacionar cada um dos itens dos instrumentos de discriminação social com os índices do QEEA, procurado assim encontrar comportamentos ou atitudes mais específicos que efectivamente se relacionassem com indícios de abuso.

Como é visível pelos resultados obtidos no grupo de pessoas idosas, alguns itens do AS (nomeadamente os itens 4, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18 e 19) correlacionaram-se positivamente com índices do QEEA o que revela que quanto mais vezes os idosos foram vítimas desses comportamentos de discriminação negativa, mais indicadores de abuso preenchem.

O facto de o item 4 do AS (*Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade*) ser aquele que se correlaciona com os subtotais abuso emocional e negligên-

cia e com o total do QEEA, parece indicar que esse comportamento discriminatório é sentido como particularmente abusivo perante as pessoas idosas, já que traz consigo o pendor do desrespeito e da diminuição de estatuto das pessoas mais velhas. Este desrespeito, só por si, traz ainda consigo muito outros estereótipos associados à velhice, que vão desde a senilidade, à perda de capacidades, a um declínio cognitivo, à diminuição da atractividade, à dependência de outrem, podendo mesmo contribuir para uma diminuição da sua auto-estima. Daí que seja sentido com particular relevo e se relacione com as diversas formas de abuso contra as pessoas idosas. Na mesma linha de raciocínio surge a interpretação da correlação entre os indícios de negligência e os itens 10 (*Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade*) e 18 (*Alguém me disse: “és demasiado velho”*).

Os restantes itens surgem correlacionados com os indícios de negligência. Um maior relevo deve ser dado à correlação entre estes indícios e o item 13 (*Negaram-me tratamento médico devido á minha idade*). Este item está relacionado com estereótipos como uma tendência à somatização, à hipocondria, à depressão ou ao suicídio, senilidade e também o pensamento de que determinados sintomas e problemas de saúde são simplesmente advindos do processo de envelhecimento. Esta forma de pensar pode ser responsável por uma actuação e comunicação diferente para com esta faixa etária, mas sobretudo, por uma desvalorização de determinadas queixas e sintomas dos idosos, o que pode dar origem a falhas de comunicação que condicionem gravemente o estado clínico do idoso, podendo mesmo, em situações extremas, colocá-lo em risco de vida (Nussbaum *et al.*, 2005), sendo uma das maiores causas de negligência nos contextos de saúde (Cuddy, Norton & Fiske, 2005).

No que respeita ao grupo de prestadores de cuidados/assistência pontual, foram também encontrados itens do ARPI (nomeadamente: 5, 6, 13) correlacionados com índices do QEEA (hetero-resposta). Dois destes itens, nomeadamente o 13 (*Uso palavras simples quando falo com pessoas idosas*) que se encontra correlacionado com os indícios de abuso emocional que os cuidadores acham que as pessoas idosas de quem cuidam apresentam, e o 6 (*Digo a uma pessoa idosa: “você é velho demais para isso”*) que se correlaciona com os indícios de negligência e com o total de indícios de abuso, parecem denunciar, a existência de um enraizamento dos estereótipos relativos à senilidade, ao declínio cognitivo e à incapacidade/perda de capacidade para realizar tarefas, bem como uma diminuição do respeito e do estatuto das pessoas mais velhas, na nossa cultura. Estes dados revelam, então, que estas formas de discriminação negativas que, são particularmente sentidas pelas pessoas idosas e podem contribuir para que se sintam abusadas de alguma forma. O comportamento descrito pelo item 5 (*Seguro aberta uma porta a uma pessoa idosa devido à sua idade*), mesmo sendo um comportamento de discriminação positiva que oferece vantagens à pessoa idosa, traz consigo o pendor do

estereótipo relativo à incapacidade ou à dificuldade em realizar esta tarefa bem como pode ser associado à dependência da ajuda de outrem. Assim sendo, na amostra deste estudo, os dados sugerem que as pessoas idosas cuidadas pelos prestadores de cuidados entrevistados que praticam este tipo de comportamento, em vez de se sentirem favorecidos, sentem o pendor destes estereótipos. Esta pode ser a explicação para que tal comportamento surja relacionado com um maior número de indícios de abuso por parte dessas pessoas idosas.

Uma explicação possível para que não se tenham encontrado correlações significativas a nível dos índices gerais assenta no facto de, quer no AS como no ARPI, existirem itens que retratam comportamentos que nunca foram experienciados ou levados a cabo, respectivamente, pelos sujeitos.

Quanto aos resultados do grupo pessoas idosas no QEEA, foi possível observar que os indícios de abuso mais presentes são os de abuso emocional, seguindo-se da negligência o que vai ao encontro de um estudo realizado por Fernandes e Dionísio (2009) com uma amostra de 131 idosos dos concelhos de Vouzela e de Coimbra, mas contraria os dados encontrados pelos estudos de Ferreira-Alves & Sousa (2005) e do *National Elder Abuse Incidence Study* (1998), nos EUA, onde a negligência surgiu como o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos, seguido do abuso emocional/psicológico.

Neste estudo, apenas 54,5% relataram ter já vivido uma ou mais das situações apresentadas pelos itens do *Ageism Survey* (AS). Os resultados encontrados neste questionário, espelham alguns estereótipos que possivelmente se encontram enraizados na nossa cultura, desde logo junto dos profissionais de saúde que, por vezes assumem a crença que defende que a idade cronológica, por si só, explica a sintomatologia ou então o estereótipo que assume que os idosos são muito queixosos porque querem atenção, podendo assim, haver uma desvalorização sintomática potencialmente causadora de problemas clínicos mais sérios. Para além disso, o estereótipo de que as pessoas idosas são senis, parece também estar enraizado.

No que respeita aos resultados obtidos no ARPI, uma vez que as médias obtidas nos índices de discriminação positiva e de discriminação negativa são muito aproximados, não parece existir uma tendência para que se cometam mais comportamentos de discriminação positiva do que negativa ao contrário das investigações que têm sido realizadas nos EUA e no Canadá (Cherry & Palmore, 2008; Palmore, 2004). No entanto, esta aproximação numérica entre os dados dos dois tipos de discriminação, mostram que também os comportamentos positivos parecem estar bastante enraizados na nossa cultura, o que se poderá explicar pelo facto de muitas vezes serem interpretados como comportamentos de cortesia e de boa educação para com as pessoas idosas (e não como comportamentos discriminatórios).

## Limitações

Desde logo, a primeira limitação deste estudo situa-se ao nível do tamanho da amostra (N=33 no grupo de pessoas idosas e N=21 no grupo de prestadores de cuidados) e da sua natureza não probabilística (no caso dos protocolos recolhidos na Caniceira, a amostra é de conveniência/não acidental, e em Coimbra é acidental), o que compromete uma generalização destes dados para a população portuguesa.

Outra limitação deste estudo relaciona-se com a aplicação do QEEA (hetero-resposta). Esta versão foi adaptada propositadamente para esta investigação e, uma vez que a sua aplicação se realizou junto de uma amostra muito reduzida (N=21) não houve possibilidade de se proceder à sua validação, nem comparar os seus dados com os de nenhuma outra investigação. Não é, então, possível, discutir os resultados obtidos por este instrumento.

## Conclusões

Este estudo pretendeu encontrar uma relação entre o *Ageism* (discriminação social com base na idade) e o risco de maus-tratos, abuso e negligência contra as pessoas idosas em duas amostras distintas da comunidade: um grupo de pessoas idosas e outro de prestadores de cuidados/assistência pontual a pessoas idosas. Para tal, no primeiro grupo procedeu-se à correlação dos indícios de maus-tratos do QEEA (*Questions to Elicit Elder Abuse*) e do resultado global do AS (*Ageism Survey*), enquanto no segundo se correlacionaram os dados do QEEA (hetero-resposta) com os resultados globais do ARPI (Relacionamento com Pessoas Idosas).

Aquando de uma comparação global entre os índices de discriminação dos instrumentos utilizados e os indícios de abuso identificados pelos respondentes, não se verificou qualquer correlação entre estes dois fenómenos. Contudo, quando realizada uma análise mais fina dos itens dos instrumentos relativos ao *ageism*, foi possível encontrar alguns comportamentos discriminatórios que se correlacionam com os indícios de abuso.

Assim, e uma vez que estes dois fenómenos são emergentes nas sociedades actuais e que têm ainda pouco estudos desenvolvidos, é de todo o interesse que, futuramente, se continuem a desenvolver investigações relativas a estas temáticas, com amostras mais abrangentes e, se possível, representativas da população portuguesa.

Conhecer aprofundadamente os estereótipos presentes na população portuguesa bem como a prevalência e a natureza fenomenológica dos episódios de abuso é fundamental para desenvolver os meios de prevenção primária deste género

de situações. Este tipo de intervenção é aquele que deveria ser primordialmente desenvolvido pois é aquele que acarreta menos custos para a saúde pública, abrindo caminhos para que o bem-estar, a satisfação e a qualidade de vida sejam uma constante ao longo de todo o ciclo de vida.

### Referências bibliográficas

- Alberto, I.M.A. (2004). Velhos são... mas lêem romances de amor! Reflexões em torno do maltrato ao idoso. *Psychologica*, 36, 63-73.
- Allan, K. (2008). Values and diversity in working with older people. In R. Woods, & L. Clare (Eds.). *Handbook of the clinical psychology of ageing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 237-254). London: Wiley.
- Anetzberger, G. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24(2), 46-51.
- Baker, A.A. (1975). Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20-24.
- Burston, G.R. (1975). Granny-battering. *British Medical Journal*, 3, 592.
- Butler, R. (1995). Ageism. In G. Maddox (Ed.). *The encyclopedia of aging* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 38-39). New York: Springer Publishing Co.
- Bytheway, B. (2005). Ageism. In M. Johnson, V. Bengtson, P. Coleman, & T. Kikwood (Eds.). *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 338-345). Cambridge: University Press.
- Carney, M.T., Kahan, F.S., & Paris, B. (2003). Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse?. *The mount sinai journal of medicine*, 70: 2, 69-74.
- Cherry, K.E., & Palmore, E. (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology*, 34, 849-861.
- Cuddy, A., Norton, M., & Fiske, S. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267-285.
- Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds.). (1997). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- Dyer, C.B. Goodwin, J.S., Pickens-Pace, S., Burnett, J., & Kelly, P.A. (2007). Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97, 1671-1676.
- Dyer, C.B. (2005). Neglect assessment in elderly persons. *The Journals of Gerontology*, 60A(8), 1000-1001.
- Fernandes, C. & Dionísio, R. (2009). *Violência na pessoa idosa*. Trabalho realizado no âmbito do II Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária não publicado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira-Alves, J. & Novo, R. (2006) Evaluation of ageism in Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6: 1, 65-77.
- Ferreira-Alves, J. (2005). *Factores de Risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Copiado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20neglig%C3%A2ncia%20-%20ociencias%20criminais.pdf> em 11 de Novembro de 2007.
- Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Sociologia*, 15, 303-313.
- Gatz, M., & Pearson, C.G. (1988). Ageism revised and the provision of psychological services. *American Psychologist*, 43(3), 184-188.

- Glendenning, F. (1997a). Attitudes to older people. In Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds). (1997b). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- Glendenning, F. (1997). What is elder abuse? In Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds). (1997). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- Kite, M.E., Stockdale, G.D., Whitley, B.E., & Johnson, B.T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *Journal of social issues*, 61(2), 241-266.
- Lachs, M.S. (1995). Preaching to the unconverted: Educating physicians about elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7(4), 1-12.
- Levy, B.R. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The Gerontologist*, 41(5), 578-580.
- Longres, J.F. (1995). Self-neglect among the elderly. *Journal of elder abuse and neglect*, 7(1), 69-86.
- Marmolejo, I.I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la Violencia (Centro Reina Sofia)
- McGowan, T. (1996). Ageism and discrimination. In J. Birreu (Ed.). *Encyclopedia of gerontology: age, aging and the aged* (Vol. I, pp. 71-80). New York: Academic Press.
- National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association (1998). *The national elder abuse incidence study*. Copiado de [http://www.aoa.gov/eldfam/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/ABuseReport\\_Full.pdf](http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Elder_Abuse/ABuseReport_Full.pdf) em 14 de Dezembro de 2007.
- National Research Council (2003). *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Nelson, T. (2005). Ageism: prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207-221.
- Nerenberg, L. (2008). *Elder abuse prevention: emerging trends and promising strategies*. New York: Springer Publishing Company
- Nussbaum, J.F., Pitts, M.J., Huber, F.N., Krieger, J.L.R., & Ohs, J.E. (2005). Ageism and ageist language across the life span: intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, 61(2), 287-305.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3ª ed.). Porto: Livpsic.
- Palmore, E. (2004). Research note: ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19: 41-46.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist*, 41(5), pp. 572-575.
- Roscigno, V.J., Mong, S., Byron, R., & Tester, G. (2007). Age Discrimination, Social Closure and Employment. *Social Forces*, 86(1), 313-334.
- Schaie, K.W. (1993). Ageist language in psychological research. *American Psychologist*, 48(1), 49-51.
- Sheets, D.J. (2005). Aging with disabilities: Ageism and more. *Generations*, 29, 37-41.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: Ambar.
- Viegas, S.M., & Gomes, C.A. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.

### Ageism and elder mistreatment

The purpose of this study was to investigate if social discrimination based in age (*Ageism*) is related with risk of elder abuse, mistreatment and /or negligence. 54

subjects participated in this study and were distributed by two groups: old people (N=33) and care providers/punctual assistance of elderly (N=21), to whom were administered, besides a socio-demographic interview, an elder abuse evidence instrument (QEEA – *Questions to Elicit Elder Abuse*) and *Ageism* related instruments (*Ageism Survey* in elderly) and ARPI – *Relacionamento com Pessoas Idosas* - in care providers. The results, based on the general indices of these questionnaires, don't find any correlations between the two phenomena. However, a deeper analysis of the *ageism* items allows to confirm the existence of correlations between some of these items and the elder abuse evidence.

KEY-WORDS: *Ageism*, stereotypes, maltreatment, negligence, elder abuse.

### L'ageism et les maux traits sur personnes âgées

Avec cette étude on a voulu savoir si la discrimination sociale due à l'âge (*ageism*) se rapportera au risque de l'abus, maux traits et/ou négligence sur personnes âgées. 54 personnes ont participé, distribuées par deux groups: Personnes âgées (N=33) et Prêteurs de soins/assistance ponctuelle aux personnes âgées (N=21), à qui ont été administrés, au-delà d'une interview sociodémographique, un instrument relatif aux indications d'abus (QEEA – *Questions to Elicit Elder Abuse*) et instruments concernant au *Ageism* (*Ageism Survey* dans le cas de personnes âgées et ARPI – Relation avec les personnes âgées – dans le group de prêteurs de soins). Les résultats aperçus au niveau des indices généraux des questionnaires, n'ont pas possibilité aucune corrélation entre les deux phénomènes. Pourtant, une analyse plus mince des items des instruments concernant à la discrimination sociale à permis vérifier l'existence des corrélations entre quelque de ces items et les indications d'abus.

MOTS-CLÉS: *Ageism*, stéréotypes, maux traits, négligence, abus.

## Anexo

### Quadro 5. Itens do Ageism Survey

#### *Ageism Survey*

1. Contaram-me uma anedota que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade.
2. Enviaram-me um cartão de aniversário que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade.
3. Fui ignorado(a) ou não tomado seriamente devido à minha idade.
4. Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade.
5. Falaram de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade.
6. Recusaram arrendar-me uma casa devido à minha idade.
7. Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade.
8. Negaram-me uma posição de liderança devido à minha idade.
9. Fui rejeitado(a) por não ser atraente devido à minha idade.
10. Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade.
11. Um empregado de mesa ignorou-me devido à minha idade.
12. Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade.
13. Negaram-me tratamento médico devido à minha idade.
14. Negaram-me emprego devido à minha idade.
15. Negaram-me uma promoção devido à minha idade.
16. Alguém assumiu que eu não ouviria bem devido à minha idade.
17. Alguém supôs que eu não compreendia bem devido à minha idade.
18. Alguém me disse: “és demasiado velho(a)”.
19. A minha casa foi vandalizada devido à minha idade.
20. Fui vitimado(a) por um crime devido à minha idade.

### Quadro 6. Itens do ARPI (Relacionamento com Pessoas Idosas)

#### ARPI – Relacionamento com Pessoas Idosas

1. Elogio pessoas idosas dizendo que, apesar da idade, têm boa aparência.
2. Envio a pessoas idosas cartões de aniversário que fazem troça da sua idade.
3. Gosto de conversar com pessoas idosas justamente devido à sua idade.
4. Conto a pessoas idosas anedotas que troçam da idade.
5. Seguro aberta uma porta a uma pessoa idosa devido à sua idade.
6. Digo a uma pessoa idosa: “você é velho(a) demais para isso”.
7. Ofereço ajuda para atravessar a rua a uma pessoa idosa atendendo, de facto à sua idade.
8. Quando fico a saber a idade de uma pessoa idosa, acontece dizer-lhe “não parece ter essa idade”.
9. Peço conselhos a uma pessoa idosa, devido, justamente, à sua idade.
10. Quando uma pessoa idosa tem uma doença, acontece dizer-lhe: “isso é normal na sua idade”.
11. Quando uma pessoa idosa não consegue recordar algo, digo-lhe: “isso é da velhice”..
12. Falo mais alto ou mais lentamente com pessoas idosas atendendo à sua idade.
13. Uso palavras simples quando falo com pessoas idosas.
14. Ignoro algumas pessoas devido ao facto de serem idosas.
15. Voto a favor de uma pessoa idosa devido, justamente, à sua idade.
16. Voto contra uma pessoa idosa devido, justamente, à sua idade.
17. Evito algumas pessoas pelo facto de serem idosas.
18. Evito pessoas idosas porque elas são rabugentas.
19. Quando na minha frente vai um condutor lento, acontece-me pensar, “deve ser uma pessoa idosa”.
20. Chamo “jovem” a um homem idoso ou a uma mulher idosa.