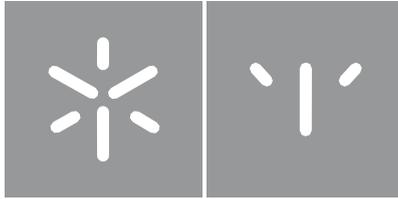




Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Andreia Catarina Barros da Silva

**Dimensões de dano e sofrimento em
pessoas idosas: para uma nova
compreensão dos maus-tratos**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Andreia Catarina Barros da Silva

**Dimensões de dano e sofrimento em
pessoas idosas: para uma nova
compreensão dos maus-tratos**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor José Ferreira-Alves

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

No culminar desta fase tão importante e ao mesmo tempo tão recompensadora do meu percurso académico, não posso deixar de agradecer às pessoas que tornaram este caminho possível.

Em primeiro um agradecimento especial ao Professor Doutor José Ferreira-Alves, pelo acolhimento que sempre demonstrou na sua unidade de investigação, pela disponibilidade e ajuda que demonstrou ao longo da elaboração da dissertação. E, essencialmente, por me ter ensinado a olhar para o desenvolvimento do adulto idoso com os olhos atentos, respeitosos e minuciosos, que esta área tão merece e necessita, por ser um exemplo na forma como transmite tão naturalmente o seu gosto e admiração por esta área de estudo.

Ao João Fundinho, pela ajuda e disponibilidade que sempre demonstrou a qualquer hora do dia. Por me ter feito acreditar que a Análise Fatorial Confirmatória não era tão difícil como parecia, e por me fazer acreditar que há sempre uma solução para todos os problemas estatísticos.

À Marta e à Vera, que foram as melhores colegas do grupo de investigação, e que se tornaram amigas, sempre prontas a ajudar em todos os momentos.

Aos meus pais por serem os melhores do mundo, sem eles não teria sido possível realizar este sonho. À minha mãe, que teve sempre ao meu lado e que teve sempre as melhores palavras nos momentos mais difíceis. Ao meu pai, que mesmo fisicamente distante, acompanhou de perto o meu percurso, demonstrando sempre um grande orgulho.

À minha irmã, que é a minha melhor amiga e companheira de todas as horas e que, apesar dos quase 2000 kms que nos separam fisicamente, reconforta sempre o meu coração com um gesto de amor. Por estar sempre pronta a ajudar, por me apoiar incondicionalmente e por me mostrar que sou mais capaz do que aquilo que penso.

Ao pequeno Lourenço, que está prestes a nascer, mesmo sem o conhecer já o adoro. É sem dúvida, o melhor presente que podia ter recebido pela concretização desta etapa.

Ao meu namorado, pelo carinho, apoio. Pela presença nos momentos mais difíceis. E, principalmente, por estar sempre ao meu lado e pronto a ajudar em tudo o que preciso a qualquer hora do dia.

Por fim, não menos importante, a toda as instituições que, de braços abertos, permitiram estabelecer o contacto com aqueles que se tornaram os participantes deste estudo, também a eles um agradecimento especial.

Um obrigada ainda, a todos os professores, amigos e colegas com que me cruzei ao longo de todo este longo percurso e que contribuíram também para a concretização desta etapa.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 19 de outubro de 2020

Assinatura:

Andreia Antónia Bentes do Silva

Resumo

Uma das tarefas mais críticas no domínio dos maus-tratos a pessoas idosas é a avaliação. Ora, esta avaliação depende da existência de medidas fiáveis e válidas. As medidas existentes baseiam-se em definições de maus-tratos adiantadas por investigadores com pouco ou nenhum contributo das próprias pessoas idosas. Neste estudo, apresentamos os dados de validação de uma medida baseada nos relatos de pessoas idosas sobre o que consideram maus-tratos. Cinquenta e nove adultos idosos responderam a uma medida de avaliação do dano e sofrimento, a uma medida de avaliação de depressão, a uma medida de avaliação do bem-estar e a uma medida de avaliação da ansiedade. A *Escala de dano e sofrimento* (EDS-13) apresenta medidas psicométricas satisfatórias em relação à sua estrutura. Contudo, as medidas de validade convergente e divergente apenas se confirmaram relativamente às dimensões *Mágoa* e *Despersonalização* dessa escala. Mais estudos com amostras de maior dimensão serão necessários para poder verificar com confiança se todas as dimensões e todo o instrumento é válido.

Palavras-chave: Ansiedade; Bem-estar; Dano e sofrimento; Depressão; Maus-tratos.

Damage and suffering dimensions in elderly people: for a new understanding of mistreatment

Abstract

One of the most critical tasks in the field of elder abuse is evaluation. However, this evaluation depends on the existence of reliable and valid measures. The existing measures are based on definitions of elder abuse developed by researchers with little or no input from older people themselves. In this study, we present the validation data of a measure based on the reports of elderly people on what they consider mistreatment. Fifty-nine elderly adults responded to a measure of damage and suffering assessment, a measure of depression assessment, a measure of well-being assessment and a measure of anxiety assessment. The Damage and Suffering Scale (EDS-13) presents satisfactory psychometric measures in relation to its structure. However, convergent and divergent validation measures were only confirmed in relation to the Sorrow and Depersonalization dimensions of that scale. Further studies with larger sample size are needed in order to ensure validity of the entire instrument as well as its dimensions.

Keywords: Anxiety; Well-being; Damage and suffering; Depression, Elder abuse.

Índice

Dimensões de dano e sofrimento em pessoas idosas: para uma nova compreensão dos maus-tratos	9
Método.....	12
Participantes.....	12
Instrumentos	12
Procedimento	14
Análise de dados.....	14
Resultados	15
Discussão	24
Descobertas e interpretações	24
Pontos fortes, limitações e recomendações futuras.....	26
Referências.....	28
Anexos	32

Índice de tabelas

Tabela 1. Resultados do alfa de Cronbach para a EDS-13.....	15
Tabela 2. Correlações de Spearman entre a EDS-13 e a CASP-19	16
Tabela 3. Correlações de Spearman entre a EDS-13 com a GDS-5 e com o GAI-SF	17
Tabela 4. Distribuição fatorial dos itens da EDS-13 pelas dimensões	17
Tabela 5. Análise descritiva das medidas em estudo	19
Tabela 6. Frequência de resposta dos itens da EDS-13	20
Tabela 7. Frequências descritivas da EDS-13.....	21
Tabela 8. Correlações entre as variáveis em estudo, Bem-estar subjetivo (CASP-13), Depressão geriátrica (GDS-5), Ansiedade geriátrica (GAI-SF) e Dano e sofrimento (EDS-13) .	23

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo da Escala de Dano e Sofrimento (EDS-13)	19
--	----

Dimensões de dano e sofrimento em pessoas idosas: para uma nova compreensão dos maus-tratos

Um dos fenómenos demográficos mais significativos do séc. XXI diz respeito ao progressivo aumento da população idosa, fruto do aumento da esperança média de vida, prevendo-se mesmo que durante os próximos 40 anos a população com idade superior a 60 anos aumente cerca de 1,3 biliões (Bond & Butler, 2013).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, prevê-se que até 2060 a população idosa aumente e venha a representar cerca de 32% da população total; em sentido contrário, a tendência para a população jovem é de queda e estima-se que esta represente futuramente cerca de 12% da população portuguesa (Santos, Nicolau, Fernandes, & Gil, 2013). É previsível que o crescente envelhecimento da população introduza novos problemas e acentue alguns já existentes como, por exemplo, o aumento dos casos de maus-tratos a adultos idosos (Bond & Butler, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2002), o abuso contra pessoas idosas é definido como “uma ação única e/ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança e que produz dano ou sofrimento a uma pessoa idosa” (p.3). Por outro lado, a classificação de uma situação como abusiva pode ir muito além da definição proposta pela OMS, uma vez que a perceção que o adulto idoso tem da situação é também determinante. Embora já existam vários estudos que abordam o abuso a adultos idosos na perspetiva da pessoa idosa, não é ainda possível dar uma resposta única no que diz respeito à forma como diferentes grupos percecionam o abuso. Diferentes estudos indicam que, tanto pessoas idosas como os seus cuidadores compreendem situações abusivas ora da mesma forma, ora de forma diferente. Assim sendo, foi possível verificar discrepâncias quanto ao grau de severidade com que classificavam determinadas situações, como a existência ou não de abuso; daqui resulta, que uma mesma situação possa ser percecionada de formas distintas por pessoas diferentes (Helmes & Cuevas, 2007; Moon & Williams, 1993).

O comportamento abusivo pode ser sub-classificado segundo sete tipologias sendo estas: (a) abuso físico; (b) abuso sexual; (c) abuso emocional ou psicológico; (d) exploração financeira; (e) abandono; (f) negligência; e (g) autonegligência (Ferreira-Alves, 2005).

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

Numa meta-análise, de estudos geograficamente distintos, na qual são incluídos 28 países, verificou-se que o abuso psicológico tem a prevalência mais alta (11.6%), seguido do abuso financeiro (6.8%), negligência (4.2%), abuso físico (2.6%) e abuso sexual (0.9%) (Mattoo, Garg, & Dhingra, 2019). Verificou-se ainda que a percentagem de mulheres que sofreram de maus-tratos (1.1%) foi superior à percentagem de maus-tratos contra homens (0.8%). Estes resultados vão ao encontro dos encontrados num estudo realizado numa cidade no norte de Portugal, constatando-se a predominância do abuso emocional, em situações de maus-tratos (Santos, Ferreira-Alves, & Penhale, 2011). Os dados do projeto AVOW indicam ainda que 39.4% das mulheres idosas portuguesas que participaram nesse estudo experienciaram pelo menos um dos vários tipos de maus-tratos (Ferreira-Alves & Santos, 2011).

Ainda de acordo com dados da OMS (WHO, 2015), a prevalência mundial de maus-tratos em adultos idosos situa-se nos 16%. Esta tendência, embora preocupante, não reflete de todo a realidade, pois a quantidade de adultos idosos vítimas de maus-tratos está muito além do que é conhecido por vários estudos (Bond & Butler, 2013). Devido a estes valores, a temática é já classificada como um problema de saúde pública, capaz de ser encarado com preocupação por toda a população, visto ser um problema generalizado (Bond & Butler, 2013; WHO, 2011). O abuso de adultos idosos pode levar a uma série de danos físicos, no entanto, são os danos psicológicos os que, por vezes, se demonstram mais sérios e duradouros, como por exemplo a ansiedade e depressão, afetando o bem-estar do adulto idoso (Yon, Ramiro-Gonzalez, Mikton, Huber, & Sethi, 2019).

Por cá (Portugal), a percentagem de pessoas idosas que procuraram ajuda através da Associação Portuguesa de Apoio à vítima (APAV) aumentou 149% no período compreendido entre 2000 e 2013, sendo que só em 2013, foram registados 1626 crimes relacionados com violência contra pessoas idosas.

Os maus-tratos a adultos idosos, em qualquer uma das suas tipologias, podem ser considerados como eventos altamente stressantes na vida da pessoa idosa, que podem provocar efeitos negativos tanto a nível psicológico como físico; a literatura sugere que os maus-tratos estão associados a um risco aumentado de mortalidade e morbilidade prematura (Dong, Chen, Chang, & Simon, 2013). E ainda, idosos vítimas de maus-tratos correm um risco acrescido de depressão e ansiedade (Luo & Waite, 2011). Por outro lado, a solidão pode ser considerada um fator de risco de maus-tratos em adultos idosos (Luo & Waite, 2011).

O bem-estar psicológico é indubitavelmente importante para a saúde e para um

envelhecimento com qualidade, sendo que a angústia psicológica tem também sido associada com morbidade e mortalidade. As evidências sugerem que a angústia psicológica e maus-tratos a adultos idosos estão positivamente correlacionados, o que por si só levanta grandes preocupações e, por isso, são um elemento importante da planificação de futuros programas de intervenção (Dong et al., 2013).

Os maus-tratos a adultos idosos são um problema social, com repercussões na saúde mental dos idosos, podendo ser considerado um dos fatores predisponentes à depressão geriátrica, pelo que a depressão e sintomas depressivos têm sido associados a maus-tratos em idosos. A depressão é a perturbação mental mais preocupante em adultos idosos (Abe, Fujise, Fukunaga, Nakagawa, & Ikeda, 2012; Luppá et al., 2012), caracterizada por alteração de humor, sentimentos de culpa, problemas de sono e insónias, perda ou redução do apetite, redução da energia, aumento da fadiga, perda de interesse nas atividades diárias e/ou pouca concentração nas tarefas (Rahman, Anne, Gri, & Mamun, 2019). Segundo a OMS (WHO, 2017), a prevalência de depressão geriátrica situa-se nos 7%.

Depressão e sintomas depressivos têm sido associados a maus-tratos em adultos idosos. De facto, estudos de prevalência demonstram que diagnósticos clínicos de depressão são superiores em adultos idosos vítimas de abuso comparativamente aos adultos idosos que não foram vítimas de abuso (Santos, Nunes, Kislaya, Gil, & Ribeiro, 2017). Por outro lado, adultos idosos deprimidos ficam vulneráveis e tornam-se mais suscetíveis à dependência, o que pode levar a um risco aumentado de sofrer abuso (Santos et al., 2017).

O presente estudo foi desenhado para identificar e avaliar dimensões do dano e sofrimento em adultos idosos, ausentes das atuais medidas de avaliação, na experiência interpessoal com familiares e outras pessoas da sua confiança. Para o efeito, construiu-se uma escala, baseada em entrevistas a pessoas idosas, a que chamamos *Escala de dano e sofrimento* (EDS-29), que mostra as perspetivas de abuso das próprias pessoas idosas [Silva & Ferreira-Alves. (2020). Dimensões de dano e sofrimento de pessoas idosas. Um estudo sobre conceções de maus tratos. Estudo não publicado. Universidade do Minho]. Essa escala foi tentativamente elaborada com as dimensões: *Exclusão, Despersonalização, Quebra de confiança, Agressividade, Desrespeito e Restrições financeiras e/ou de propriedade*. Faremos uma análise fatorial confirmatória da estrutura da escala e usaremos uma medida de depressão e de ansiedade para testar a sua validade convergente, bem como uma medida de bem-estar psicológico para testar a sua validade divergente.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 59 adultos, frequentadores de 5 centros de dia e de uma Universidade Sénior, ambos localizados numa cidade do distrito do Porto. A amostra consiste em 41 indivíduos do sexo feminino (69.5%) e 18 (30.5%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos ($M = 75.95$; $DP = 7.23$). Quanto à escolaridade, 33 (55.9%) completaram o ensino básico, 20 (33.9%) não possuíam qualquer nível de escolaridade, 3 (5.1%) completaram o ensino secundário e 3 (5.1%) concluíram o ensino superior. O número de filhos variou entre 0 e 11 filhos ($M = 3.03$, $DP = 2.68$). Relativamente ao estado civil, 32 (54.2%) eram viúvos, 18 (30.5%) eram casados ou em união de facto, 5 (8.5%) eram divorciados ou separados e 4 indivíduos eram solteiros (6.8%). Da amostra de estudo, 20 (33.9%) indivíduos viviam sozinhos, 13 (22.0%) viviam com o/a esposo/a, 8 (13.6%) com os filhos/as, 7 (11.9%) viviam com filho/a e genro/nora, 5 (8.5%) viviam com o/a esposo/a e filho/a e genro/nora, 4 (6.8%) viviam com irmãos, 1 indivíduo (1.7%) vivia com um cuidador/empregada, e 1 (1.7%) dos participantes vivia com os pais.

Foram considerados como critérios de exclusão ter idade inferior a 65 anos ou apresentar algum défice no funcionamento cognitivo, avaliado através do *Mini Mental State Examination*.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Este questionário inclui informações como o sexo, idade, estado civil, número de filhos, com quem vive, nível de escolaridade.

Mini Mental State Examination. Para avaliar de forma global o funcionamento cognitivo dos participantes, foi utilizada a versão Portuguesa de Guerreiro e colaboradores (1994) da original de Folstein et al. (1975). Os valores de corte considerados para a deteção de défice cognitivo foram: inferiores ou iguais a 15 pontos para pessoas analfabetas, inferior ou iguais a 22 pontos para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e inferiores ou iguais a 27 pontos para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade (Guerreiro et al., 1994).

CASP – 13. Para avaliar o bem-estar subjetivo, foi usada a validação portuguesa de 13 itens (Monteiro, 2019), da versão original do CASP-19 (Hyde, Wiggins, Higgs, & Blane, 2003). Este instrumento apresenta-se como uma escala de avaliação de 13 itens composta por quatro domínios: *controlo*, *autonomia*, *autorrealização* e *prazer*; a inicial de cada um destes quatro

domínios, em Inglês, dá origem ao acrónimo CASP (Wiggins et al., 2007). Cada item é pontuado numa escala tipo Likert, variando entre “Aplica-se a mim muitas vezes” até “Nunca se aplica a mim”. Para obter a pontuação na CASP- 13, os itens da escala são cotados em 0 (“Nunca se aplica a mim”), 1 (“Aplica-se a mim raramente”), 2 (“Aplica-se a mim algumas vezes”) e 3 (“Aplica-se a mim muitas vezes”), à exceção dos itens 1,2,4 e 7 que são cotados de forma inversa. Valores mais elevados são representativos de maior bem-estar e qualidade de vida, sendo que a escala varia entre os valores 0 e 39, onde 0 significa total ausência de bem-estar e qualidade de vida e 39 completa satisfação em todos os domínios. A versão mais curta da escala, constituída por 13 itens, apresenta um alfa de Cronbach de .84 (Monteiro, 2019).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 5). Para avaliar sintomatologia depressiva especificamente em pessoas idosas, foi aplicada a versão validada para a população Portuguesa de 5 itens (Santos, 2018), de Yesavage e colaboradores (1983). É uma escala com duas possibilidades de resposta (“Sim” ou “Não”). Para obter a pontuação na GDS-5, os itens da escala são cotados em 0 (“Não”) e 1 (“Sim”), à exceção do item 1 que é cotado de forma inversa. Quanto maior o valor da pontuação obtida, maior a sintomatologia depressiva.

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-SF). Para avaliar os sintomas de ansiedade, foi usada a validação portuguesa curta de 5 itens (Ribeiro, Teixeira, Araújo, Afonso, & Pachana, 2014), da versão original do Inventário de Ansiedade geriátrica (Byrne & Pachana, 2011). Este instrumento apresenta-se com duas possibilidades de resposta (“Concordo” ou “Discordo”). Para obter a pontuação no GAI-SF os itens da escala são cotados em 0 (“Discordo”) e 1 (“Concordo”), não existindo itens invertidos. Quanto maior o valor da pontuação obtida, maior a sintomatologia ansiosa.

Escala de Dano e Sofrimento – 29. Para avaliar dimensões de dano e sofrimento em adultos idosos, em resultado da experiência interpessoal com familiares e outras pessoas da sua confiança, foi utilizada a Escala de dano e sofrimento (Silva, Rocha & Ferreira-Alves, 2020). As dimensões emergentes foram recolhidas através de entrevistas individuais de avaliação de dano e sofrimento (Rocha, 2017) e ainda de 6 entrevistas complementares realizadas num centro de dia a adultos idosos (Silva & Ferreira-Alves, 2020). É composta por 29 itens, englobando 6 domínios de significado, sendo eles, *Exclusão*, *Despersonalização*, *Quebra de confiança*, *Agressividade*, *Desrespeito* e *Restrições Financeiras e/ou de propriedade*. Cada item é pontuado numa escala tipo Likert, variando entre “Aplica-se a mim muitas vezes” até “Nunca se aplica a mim”. Para obter a pontuação na EDS-29, os itens da escala são cotados em 0

("Nunca se aplica a mim"), 1 ("Aplica-se a mim raramente"), 2 ("Aplica-se a mim algumas vezes") e 3 ("Aplica-se a mim muitas vezes"), à exceção dos itens 2 e 10 que são cotados de forma inversa. Valores mais elevados são representativos da existência de maior dano e sofrimento, sendo que a escala varia entre os valores 0 e 87, onde 0 significa total ausência de dano e sofrimento e 87 presença total de situações de dano e sofrimento.

Procedimento

Após o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade do Minho (ver anexo A e B), iniciou-se o contacto de potenciais participantes, através do contacto com instituições particulares de solidariedade social, com adultos idosos em contexto de centro de dia e ainda com uma Universidade Sénior. Cada participante colaborou, numa única sessão individualizada, com uma duração aproximada de 40 a 60 minutos. Os instrumentos utilizados foram aplicados pela seguinte ordem: Questionário sociodemográfico, MMSE, GDS-5, CASP-13, GAI-SF e EDS-29. Todos os itens foram lidos e registados pela investigadora. A recolha de dados ocorreu entre novembro de 2019 e março de 2020. A recolha de dados foi suspensa devido à pandemia COVID-19. Daí termos apenas 59 participantes.

Análise de dados

Relativamente ao procedimento das análises estatísticas, estas foram realizadas através do programa estatístico IBM SPSS, versão 25.0.

As características sociodemográficas da população em estudo foram sujeitas a análise de estatística descritiva.

A análise fatorial confirmatória foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS® AMOS 24.0.0., analisando-se o índice de adaptação do modelo, incluindo o qui-quadrado (χ^2), a raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA) e, também, o índice de ajuste comparativo (CFI). Para a validação da escala EDS-29 foram também realizadas as análises de validade de constructo e de fidelidade.

Realizou-se uma análise exploratória dos dados de forma a verificar a normalidade da distribuição das variáveis em estudo. De forma a realizar as correlações entre as diferentes variáveis (dano e sofrimento, depressão, bem-estar e ansiedade), foram realizados testes não paramétricos [Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s)], uma vez que as variáveis não apresentavam uma distribuição normal.

O nível de significância estatística utilizada em todas as análises foi de $p < 0.01$.

Resultados

Os resultados encontram-se organizados em 3 partes: Validação da Escala, Análise Descritiva e Correlações.

Teste dos modelos teóricos

De forma a analisar em que medida o modelo teórico, que está na base da escala, se molda aos dados empíricos do estudo, efetuou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC). Inicialmente, a escala era compreendida por 29 itens e 6 dimensões. Após a realização da AFC a escala passou a ter 13 itens e 4 dimensões, sendo elas: *Despersonalização*, *Mágoa*, *Quebra de confiança* e *Exclusão* (Figura 1). A AFC, da *Escala de dano e sofrimento*, com 4 fatores revelou um bom ajuste do modelo aos dados, com um *fit* aceitável ($CFI = .916$; $\chi^2 = 79.533$; $RMSEA = .077$).

Análise da Fidelidade

Em termos de fidelidade, o cálculo do alfa de Cronbach revelou os valores de consistência interna da escala EDS-13 apresentados na tabela 1. Os valores da consistência interna das dimensões da EDS-13 foram calculados através do valor do *composite reliability*.

Tabela 1

Resultados da consistência interna da EDS-13

	Valores da consistência interna	Número de itens
Dimensões da EDS-13		
Despersonalização	.798	3
Mágoa	.654	3
Quebra de confiança	.790	5
Exclusão	.776	2
Total EDS-13	.839	13

Desta forma, os valores do alfa de Cronbach e do *composite reliability* mostram que podemos confiar na consistência interna das dimensões e da escala.

Validade divergente

Para calcular a validade divergente, foi efetuada uma Correlação de Spearman entre a EDS-13 e a CASP-13 (Tabela 2). Como é possível verificar, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a EDS-13 e a CASP-13. No entanto, é possível verificar que entre a dimensão *Despersonalização* da escala EDS-13 e a dimensão *Autorrealização* da CASP-13 existe uma correlação ($r = .271, p < .01$), o que evidencia a existência da validade divergente nessas duas dimensões.

Tabela 2

Correlações de Spearman entre a EDS-13 e a CASP-13

	EDS-13 Escala completa	EDS-13 Despersonalização	EDS-13 Mágoa	EDS-13 Quebra de confiança	EDS-13 Exclusão
CASP-13	-.157	-.101	-.195	.000	-.036
CASP-13 Controlo	.161	.120	.065	.042	.121
CASP-13 Autorrealização	-.230	-.271*	-.228	.092	-.078
CASP-13 Autonomia	-.044	.026	-.012	-.067	.060
CASP-13 Prazer	-.034	.087	-.087	-.004	-.016

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Validade convergente

Para calcular a validade convergente, foi utilizada, mais uma vez, a Correlação de Spearman entre a EDS-13 e a GDS-5, e a EDS-13 com o GAI-SF (Tabela 3). Como é possível verificar (Tabela 3), não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a EDS-13 completa com a GDS-5, nem com o GAI-SF. No entanto, é possível verificar que entre a dimensão *Mágoa* da escala EDS-13 e a GDS-5 existe uma correlação ($r = .300, p < .01$), assim como existe uma correlação entre a mesma dimensão e o GAI-SF ($r = .321, p < .01$).

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

Tabela 3

Correlações de Spearman entre a EDS-13 com a GDS5 e com o GAI-SF

	EDS-13 Completa	EDS-13 Despersonalização	EDS-13 Mágoa	EDS-13 Quebra de confiança	EDS-13 Exclusão
GDS-5	.197	.116	.300*	.015	.064
GAI-SF	.230	.199	.321*	-.009	.045

*Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.*

Distribuição Fatorial dos itens da EDS-13

Tabela 4

Distribuição fatorial dos itens da EDS-13 pelas dimensões

Itens por dimensão			
<i>Despersonalização</i>	<i>Mágoa</i>	<i>Quebra de confiança</i>	<i>Exclusão</i>
18. Sinto que desiluido alguém muito próximo de mim com os meus problemas.	7. Alguém próximo de mim disse-me palavras que me magoaram muito.	4. Sofro de maus-tratos físicos.	21. Senti-me posto (a) de parte, excluído (a) de encontros ou conversas por pessoas próximas de mim.
20. Sinto que alguém da minha confiança me fez sofrer sem eu merecer.	9. Não consegui dormir porque estive em sofrimento com as palavras que alguém da confiança me dirigiu.	17. Alguém muito próximo afastou-se de mim inesperadamente.	26. Sofro de maus-tratos emocionais.
22. Alguém muito próximo fez-me algo que as outras pessoas nunca aprovariam.	16. O meu (a minha) parceiro (a), ou alguém muito próximo de mim é agressivo comigo.	19. Sofro porque alguém da minha confiança mostra muita ingratidão comigo.	
		24. Houve alturas em que me senti um estorvo na vida dos meus familiares.	
		27. Sinto-me humilhado (a) por depender de pessoas próximas.	

Em relação à estrutura original, esta revelou problemas dado que o p do modelo não era significativo e os valores do *fit* não eram aceitáveis. Optou-se, então, por uma escala com uma estrutura diferente da original, que apesar de não apresentar excelentes qualidades psicométricas, provavelmente devido ao reduzido tamanho da amostra, apresenta qualidades

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

psicométricas aceitáveis, $Chisq = 79.533$, $df = 59$, $p = .0039$, $CFI = .916$, $RMSEA = .077$, $SRMR = .0035$, e um alfa de Cronbach = $.839$. Neste modelo, os itens 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25, 28, 29 foram retirados.

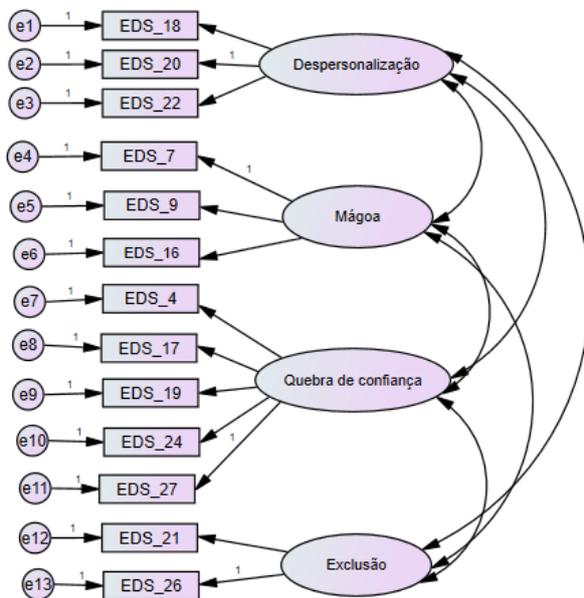


Figura 1. Modelo da Escala de Dano e Sofrimento

A dimensão *Despersonalização* é definida pela ocorrência de episódios nos quais os adultos idosos se sentiram humilhados, incompreendidos, magoados, desprotegidos e em perigo. Nesta dimensão são ainda incluídas situações nas quais não foram tratados como pessoas com vontade própria, com iniciativa e sentimentos (Rocha, 2017).

A dimensão *Mágoa* descreve episódios nos quais alguém da sua confiança é percebido como agressivo e que usa palavras que provocam muita mágoa e perturbam o equilíbrio da pessoa.

A dimensão *Quebra de Confiança* diz respeito a episódios passados ao nível familiar, entre pessoas que tiveram muita intimidade e que se afastaram devido a comportamentos ou atitudes completamente inesperadas e socialmente vistas como muito reprováveis (Rocha, 2017). Nesta dimensão podem ser integrados os seguintes exemplos: descrição de episódios em que a pessoa se sente um estorvo com a sua presença e relatos em que os filhos aparecem a perseguirem os seus objetivos pessoais onde não são incluídos os objetivos ou necessidades da pessoa idosa (Rocha, 2017).

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

A dimensão *Exclusão* refere-se ao sentimento de ter sido posto de parte, excluído de encontros e/ou conversas, podendo ser considerada uma dimensão de relevância na avaliação do dano (Rocha, 2017). A título de exemplo, pode considerar-se um adulto idoso que é excluído de um passeio em família devido às suas limitações físicas, sem ter tido oportunidade de envolvimento na decisão.

Desta forma, a escala passou a variar entre 0 e 39, onde 0 significaria virtual total ausência de dano e sofrimento e 39 significaria uma virtual presença total de situações de dano e sofrimento.

Análise descritiva

A Tabela 5 apresenta as características descritivas das variáveis bem-estar subjetivo, depressão geriátrica, ansiedade geriátrica e dano e sofrimento. Através da análise descritiva, foi possível verificar que na escala de bem-estar subjetivo (CASP-13) os participantes relataram uma média superior no domínio do *prazer* ($M = 6.88, DP = 1.74$). No que diz respeito ao dano e sofrimento (EDS-13), os participantes revelaram uma média superior no domínio da *Quebra de confiança* ($M = 1.36, DP = 2.35$).

Tabela 5

Análise descritiva das medidas em estudo

	Mínimo – Máximo Potencial	Mínimo – Máximo Encontrado	Média (DP)	Assimetria (ES)
CASP-13	0-39	13 - 38	26.98 (5.74)	-.11
Controlo	0-12	0 - 11	6.61 (2.61)	-.58
Autorrealização	0-9	1 - 9	6.64 (2.17)	-.82
Autonomia	0-9	3 - 9	5.76 (1.32)	.32
Prazer	0-9	2 - 9	6.88 (1.74)	-.66
GDS-5	0-5	0 - 5	1.61 (1.34)	.45
GAI-SF	0-5	0 - 5	2.75 (1.59)	-.10
EDS-13	0-39	0 - 25	4.08 (5.20)	1.96
Despersonalização	0-9	0 - 7	.95 (1.64)	2.06
Mágoa	0-9	0 - 6	1.31 (1.75)	1.18
Quebra de confiança	0-15	0 - 12	1.36 (2.35)	2.44
Exclusão	0-6	0 - 5	.47 (1.15)	.31

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

A Tabela 6 apresenta os itens que constituem a EDS-13 assim como as frequências de resposta a cada um dos seus itens. Através desta análise é possível verificar que o número de participantes que responderam “aplica-se a mim muitas vezes” varia apenas entre 0 e 3 em cada um dos itens, o que evidencia um número muito reduzido de maus-tratos reportados.

Tabela 6

Frequência de resposta dos itens da EDS-13

Itens da EDS-13	Frequência de cada uma das respostas			
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
4. Sofro de maus-tratos emocionais.	0 (0%)	2 (3.4%)	1 (1.7%)	56 (94.9%)
7. Alguém próximo de mim disse-me palavras que me magoaram muito.	1 (1.7%)	13 (22%)	10 (16.9%)	35 (59.3%)
9. Não consegui dormir porque estive em sofrimento com as palavras que alguém da minha confiança me dirigiu.	3 (5.1%)	6 (10.2%)	8 (13.6%)	42 (71.2%)
16. O meu (a minha) parceiro (a), ou alguém muito próximo de mim é agressivo.	0 (0%)	3 (5.1%)	3 (5.1%)	53 (89.8%)
17. Alguém muito próximo se afastou de mim inesperadamente.	0 (0%)	6 (10.2%)	6 (10.2%)	47 (79.7%)
18. Sinto que desiludo alguém muito próximo de mim com os meus problemas.	0 (0%)	2 (3.4%)	8 (13.6%)	49 (83.1%)
19. Sofro porque alguém da minha confiança mostra muita ingratidão comigo.	3 (5.1%)	6 (10.2%)	9 (15.3%)	41 (69.5%)
20. Sinto que alguém da minha confiança me fez sofrer sem eu merecer.	3 (5.1%)	7 (11.9%)	9 (15.3%)	40 (67.8%)
21. Senti-me posto (a) de parte, excluído (a) de encontros ou conversas com pessoas próximas de mim.	1 (1.7%)	5 (8.5%)	2 (3.4%)	51 (86.4%)

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

22. Alguém muito próximo fez-me algo que as outras pessoas nunca aprovariam.	0 (0%)	4 (6.8%)	4 (6.8%)	51 (86.4%)
24. Houve alturas em que me senti um estorvo na vida dos meus familiares.	1 (1.7%)	3 (5.1%)	4 (6.8%)	51 (86.4%)
26. Sofro de maus-tratos emocionais.	0 (0%)	5 (8.5%)	3 (5.1%)	51 (86.4%)
27. Sinto-me humilhado (a) por depender de pessoas próximas.	1 (1.7%)	4 (6.8%)	3 (5.1%)	51 (86.4%)

A Tabela 7 apresenta as frequências descritivas das pontuações totais obtidas na EDS-13. Através da análise descritiva de frequências da Escala de dano e sofrimento, é possível verificar que apenas 5.1% dos participantes relataram ser maltratados, tendo para tal considerado como maus-tratos significativos e graves valores iguais ou superiores a 14. O que significa que no total dos 59 participantes que constituem a amostra, apenas 5 reportaram serem muito maltratados.

Tabela 7

Frequências descritivas da EDS-13

Pontuação Total obtida	Frequência	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
.00	19	32.2	32.2
1.00	3	5.1	37.3
2.00	9	15.3	52.5
3.00	5	8.5	61.0
4.00	3	5.1	66.1
5.00	4	6.8	72.9
6.00	4	6.8	79.7
7.00	2	3.4	83.1
8.00	1	1.7	84.7
9.00	2	3.4	88.1
10.00	1	1.7	89.8
11.00	1	1.7	91.5
14.00	2	3.4	94.9
17.00	1	1.7	96.6
18.00	1	1.7	98.3

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

25.00	1	1.7	100
Total	59	100	

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

Correlações

Tabela 8

Correlações entre as variáveis em estudo, Bem-estar subjetivo (CASP-13), Depressão geriátrica (GDS-5), Ansiedade Geriátrica (GAI-SF) e Dano e sofrimento (EDS-13)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. CASP-13	1											
2. Controlo	.622**	1										
3. Autorrealização	.658**	.330*	1									
4. Autonomia	.120	.168	-.158	1								
5. Prazer	.673**	.361**	.301*	.037	1							
6. GDS-5	-.593**	.308*	-.367**	-.042	-.588**	1						
7. GAI-SF	-.449**	.397**	-.336**	.005	-.246	.328*	1					
8. EDS-13	-.157	.161	-.230	-.044	-.034	.197	.230	1				
9. Despersonalização	-.101	.120	-.271*	.026	.087	.116	.199	.743**	1			
10. Mágoa	-.195	-.065	-.228	-.012	-.087	.300*	.321*	.742**	.521**	1		
11. Quebra de confiança	.000	.042	.092	.067	.004	.015	-.009	.725**	.450**	.270*	1	
12. Exclusão	-.036	.121	-.078	.060	.016	.064	.045	.582**	.480**	.300*	.452**	1

Nota: *p < .05; ** p < .01.

Efetuar-se análises de correlação entre as variáveis em estudo, utilizando a correlação de Spearman (Tabela 8). Os resultados mostraram não existir uma correlação entre a Escala de dano e sofrimento (EDS-13) e a Escala de depressão geriátrica (GDS-5) $r = .197$, $p = .001$, nem com o inventário de ansiedade geriátrica (GAI-SF), $r = .230$, $p = .001$. É possível ainda verificar que a dimensão *Mágoa* está positivamente correlacionada com valores mais elevados de depressão (GDS-5), $r = .300$, $p = .001$, assim como, com níveis mais elevados de ansiedade geriátrica (GAI-SF) $r = .321$, $p = .001$. Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a EDS-13 e a CASP-13. No entanto, existe uma correlação significativa entre a dimensão *Despersonalização* da escala EDS-13 e a dimensão *Autorrealização* da CASP-13 ($r = .271$, $p = .001$).

Como é possível verificar, as dimensões da Escala de Dano e Sofrimento (EDS-13) encontram-se inter-relacionadas, uma vez que a relação entre as 4 dimensões é estatisticamente significativa, evidenciando a escala como uma medida que se mantém correlacionada com as dimensões.

No entanto, apesar de não ter sido considerado como objetivo do presente estudo, foi possível constatar que existe uma correlação negativa significativa entre o bem-estar subjetivo (CASP-13) e a depressão geriátrica (GDS-5), $r = -.593$, $p = .001$, e o bem-estar subjetivo (CASP-13) e a ansiedade geriátrica (GAI-SF), $r = -.449$, $p = .001$, como seria de esperar. Foi possível ainda verificar que, entre a depressão geriátrica (GDS-5) e a ansiedade geriátrica (GAI-SF) existe também uma relação positiva significativa, $r = -.328$, $p = .001$, ou seja, quanto maior o número de sintomas depressivos, maior os níveis de ansiedade nos adultos idosos.

Discussão

Descobertas e interpretações

O presente estudo teve como principal propósito validar uma Escala de Dano e Sofrimento em adultos idosos, avaliando dimensões de maus-tratos cujo conteúdo e significado foi previamente recolhido junto de pessoas idosas (Silva, Rocha & Ferreira-Alves, 2020).

A consistência interna da EDS-13 apresenta bons valores tendo em conta os números do alfa de Cronbach e do *composite reliability*. Além disso, os resultados obtidos a partir da análise fatorial confirmatória, permite-nos considerar como aceitável o modelo de quatro fatores (*Despersonalização, Mágoa, Quebra de Confiança, Exclusão*), para a população

portuguesa idosa. Apesar destes resultados, os testes de validade convergente e divergente só parcialmente se confirmam e por isso as hipóteses estabelecidas inicialmente não foram verificadas. Desta forma, o modelo teórico inicial que serviu de base à construção da Escala de dano e sofrimento foi verificado parcialmente, uma vez que, foram excluídas 3 dimensões desse modelo e introduzida uma nova dimensão (*Mágoa*). Essa alteração ao modelo inicial parece fazer mais sentido, uma vez que, a validade convergente da medida apenas se verificou nessa dimensão específica, evidenciando a sua importância na avaliação dos maus-tratos.

Relativamente à possível relação entre indicadores de maus-tratos e sintomas depressivos, os resultados mostraram que não existe associação entre as pontuações globais das duas medidas. Este resultado, apesar de não ir ao encontro dos resultados encontrados noutros estudos, pode ser explicado pelo reduzido número de participantes que reportaram a existência de maus-tratos com valores elevados. Uma vez que, para obter maus-tratos significativos e graves implicava ter um número de participantes muito alargado. Para os resultados serem significativos, seria necessário encontrar pessoas muito maltratadas (isto é, que obtivessem uma pontuação elevada na EDS-13) mas, uma vez que na comunidade (entenda-se adultos idosos que frequentam centros de dia e/ou universidades seniores, não estando institucionalizados) tal não acontece em percentagem muito significativa, também não alcançamos resultados significativos.

Por outro lado, a relação entre maus-tratos a adultos idosos e sintomas depressivos, pode ser explicada por condições individuais como o suporte social percebido (Santos, Nunes, Kislaya, Gil, & Ribeiro, 2017), o que pode explicar não ter existido uma relação significativa no nosso estudo, uma vez que 30.5% dos participantes viviam com o esposo/a e não eram tão suscetíveis à vulnerabilidade e dependência.

Por último, este resultado pode ser explicado pelo facto de a amostra ser constituída também por adultos idosos que frequentam uma Universidade Sénior, o que leva a um maior controlo social e, na maioria das vezes, os maus-tratos está presente em pessoas que se isolam para não serem identificadas. Daí aprendermos neste estudo que, utilizar como objeto a população da Universidade Sénior pode não ser adequado a determinados objetivos, porque falamos de pessoas com vida social ativa, não sendo propriamente representativas de pessoas que vivem na comunidade, não frequentando qualquer atividade durante o dia.

Pretendeu-se, também, analisar a associação entre os maus-tratos e a ansiedade em adultos idosos. Estes resultados devem-se ao facto de os participantes terem obtido níveis

elevados de ansiedade no *Inventário de ansiedade geriátrica (GAI-SF)*, apesar de não terem reportado maus-tratos. No entanto, foi possível encontrar uma correlação estatisticamente significativa entre a dimensão *Mágoa* e os níveis de ansiedade, que pode estar relacionada com palavras dirigidas aos adultos idosos que causam grande dano e sofrimento e também com a agressividade perpetrada por alguém muito próximo, contribuindo para níveis mais elevados de ansiedade.

Contudo, como é possível verificar, a dimensão *Mágoa*, referente à tipologia de maus-tratos emocionais ou psicológicos é a única dimensão que permite fazer uma validação convergente, ou seja, existe uma relação direta com depressão e ansiedade. Esta relação, que se verificou mesmo com uma amostra reduzida, permite validar esta dimensão. O resultado obtido pode ser explicado pelos itens desta dimensão, que descrevem situações que provocavam uma constante ansiedade (item 16), e ainda, situações em que os adultos idosos tinham insónias em resposta ao sofrimento causado por palavras que alguém da sua confiança lhes dirigiu (item 7 e 9), muito presente na depressão e ansiedade. Desta forma, será muito relevante que os itens desta dimensão possam começar a ser considerados na avaliação dos maus-tratos. Para os restantes itens não temos evidência científica.

Por último, pretendeu-se ainda que o dano e sofrimento estivesse negativamente correlacionado com o bem-estar psicológico. Como referido anteriormente, este resultado pode dever-se ao número reduzido da amostra, não tendo sido encontrada na literatura nenhuma explicação que suportasse este resultado, seria relevante em estudos futuros analisar com profundidade esta relação. Ainda assim, verificou-se a existência de uma correlação significativa entre a dimensão *Despersonalização* da escala EDS-13 e a dimensão *Autorrealização* da CASP-13. Esta relação pode ser explicada pelo aumento da *Despersonalização* contribuir para a diminuição da *Autorrealização*, marcada pela diminuição de sentimentos de satisfação com a vida em adultos idosos. Tal resultado evidencia que, apesar de a forma mais extrema de dano e sofrimento, a *Despersonalização*, ser a única que afeta a *Autorrealização*, ainda existe alguma resiliência nestes indivíduos, não obstante algum dano causado.

Pontos fortes, limitações e recomendações futuras

O nosso estudo destaca-se de outros estudos já existentes, uma vez que permitiu elaborar uma nova medida para a avaliação do dano e sofrimento em adultos idosos vítimas

de maus-tratos, com o objetivo de se tornar um instrumento de intervenção eficaz.

No entanto, esta investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente o número reduzido da amostra devido à interrupção da recolha, impedindo obter validade divergente e validade convergente total da medida. Adicionalmente, este estudo apenas considera uma amostra inserida em contexto de centros de dia ou frequentadores de universidades seniores, pelo que os resultados poderiam ser distintos considerando também adultos idosos da comunidade que não frequentam estas instituições, que vivem em condições muito diversas, designadamente isolados ou mesmo negligenciados por familiares ou pessoas da confiança. Por outro lado, as respostas dos adultos idosos em contexto de centro de dia podem não refletir na totalidade a realidade, devido ao receio ou até medo das consequências do seu relato. Deste modo, no sentido de colmatar esta limitação, sugerimos que em estudos futuros deverá ser incluída uma amostra mais abrangente de forma a dar resposta a esta questão, assim como constituir uma amostra com maior dimensão.

Em investigações futuras seria relevante a utilização da Escala de Dano e Sofrimento elaborada para a população portuguesa idosa, de forma a avaliar as características psicométricas do instrumento com uma amostra relativamente superior e mais diversificada, incluindo adultos idosos residentes em diferentes áreas geográficas e incluídos em diferentes contextos (institucionalizados, não institucionalizados, não institucionalizados frequentadores de centros de dia e/ou universidades seniores) com o objetivo de ser validada para a população portuguesa idosa.

Referências

- Abe, Y., Fujise, N., Fukunaga, R., Nakagawa, Y., & Ikeda, M., (2012). Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *24* (8), 1235–1241. doi: 10.1017/S1041610212000099
- Altunoz, U., Kokurcan, A., Kirici, S., Bastug, G., & Ozel-kizil, E. T. (2018). Clinical characteristics of generalized anxiety disorder: older vs. young adults. *72*(2), 97–102. doi: 10.1080/1360786031000101157
- APAV. (2013). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2012*. Unidade de Estatística. Associação de Apoio à Vítima
- Bond, M. C., & Butler, K. H. (2013). Elder Abuse and Neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, *29*(1), 257–273. doi: 10.1016/j.cger.2012.09.004
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – *the GAI-SF*. 125–131. doi: 10.1017/S1041610210001237
- Dong, X., Chen, R., Chang, E.S., & Simon, M. (2013). Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy - A Mini Review. *Gerontology*, *59*(2), 132–142. doi: 10.1159/000341652
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. Em *Psicologia forense*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira-Alves, J. & Santos, A. J. (2011). Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of the Portugal Survey (AVOW Project). Portugal: Minho University, Braga
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189–198.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, *1*, 9-10.
- Helmes, E., & Cuevas, M. (2007). Perceptions of elder abuse among Australian older adults and general practitioners. *Australasian Journal on Ageing*, *26*(3), 120–124. doi: 10.1111/j.1741-6612.2007.00235.x

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health*, 7(3), 186–194. doi:10.1080/1360786031000101157
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017). Destaque: Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364(9441), 1263–1272. doi: 10.1016/s0140-6736(04)17144-4
- Lenze, E. J. (2003). Comorbidity of Depression and Anxiety in the Elderly. *Curr Psychiatry Rep.* 2003; 5(1): 62-67. doi: 10.1007/s11920-003-0011-7
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2011). Mistreatment and Psychological Well-being Among Older Adults: Exploring the Role of Psychosocial Resources and Deficits. *The journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 217–229. doi: 10.1093/geronb/gbq096
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., & Wiese, B. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212–221. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.033
- Mattoo, K. A., Garg, R., & Dhingra, S. (2019). *Review Article Classifying Elder Abuse – A Review.* 2(1), 1–9.
- Monteiro, S. (2019). *Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: a influência da saúde e solidão.* Master's thesis, Universidade do Minho.
- Moon, A., & Williams, O. (1993). Perceptions of Elder Abuse and Help-seeking Patterns Among African-American, Caucasian American, and Korean-American Elderly Women. *The Gerontologist*, 33(3), 386–395. doi: 10.1093/geront/33.3.386
- Rahman, T., Anne, N. J., Gri, M. D., & Mamun, M. A. (2019). Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. 44(July), 163–169. doi: 10.1016/j.ajp.2019.07.050
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, R. M., & Pachana, N. (2014). *Predictors of anxiety in centenarians: health, economic factors, and loneliness.* (1999), 1–10. doi: 10.1017/S1041610214001628

- Rocha, V. (2017). *Teorias de maus tratos na voz de adultos idosos*. Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Santos, A. (2018). Violence against older adults: multidimensional perspective. Master's thesis, Universidade do Porto.
- Santos, A. J., Ferreira-Alves, J., & Penhale, B. (2011). Prevalence of older adults' abuse and neglect in Portugal: an overview. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12(3), 162-173. doi: 10.1108/14717791111163596
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 2013(72). doi: 10.7458/SPP2013722618
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2017). Exploring the Correlates to Depression in Elder Abuse Victims: Abusive Experience or Individual Characteristics? *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051773234. doi: 10.1177/0886260517732346
- Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2007). The evaluation of self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: A combination of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research*, 89(1), 61–77. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9220-5>
- Wong, J. S., & Waite, L. J. (2017). Response to Acierno's comments on Wong and Waite "Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study". *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29, 188–190. doi: 10.1080/08946566.2017.1317612
- World Health Organization [WHO]. (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2015). *Definition of an older or elderly person*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2017). *Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminar report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37 – 49.
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European*

DIMENSÕES DE DANO E SOFRIMENTO, COMPREENSÃO DOS MAUS-TRATOS

Journal of Public Health, 29(1), 58–67. doi: 10.1093/eurpub/cky093

Anexos

Anexo A - Parecer do Conselho de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 040/2019

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas de Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Dimensões de dano e sofrimento com pessoas idosas: para uma nova compreensão do mau trato*

Equipa de Investigação: Andreia Catarina Barros da Silva, estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho e José Ferreira-Alves (Orientador), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Dimensões de dano e sofrimento com pessoas idosas: para uma nova compreensão do mau trato*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 27 de agosto de 2019.

O Presidente da CEICSH

Assinado por: **ACÍLIO DA SILVA ESTANQUEIRO
ROCHA**

Num. de Identificação Civil: BI042754054

Data: 2019.09.04 16:23:04 Hora de Verão de GMT



Anexo B – Parecer ao Pedido de ADENDA ao processo inicial



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 040/2019 (ADENDA)

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas de Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Dimensões de dano e sofrimento com pessoas idosas: para uma nova compreensão do mau trato*

Equipa de Investigação: Andreia Catarina Barros da Silva, estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho e José Ferreira-Alves (Orientador), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao pedido de adenda ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Dimensões de dano e sofrimento com pessoas idosas: para uma nova compreensão do mau trato*.

A alteração proposta consiste na integração:

- da realização seis entrevistas complementares a adultos idosos, com a finalidade de aumentar a qualidade dos itens da escala de dano e sofrimento (EDS);
- da aplicação de uma Escala de ansiedade geriátrica (GAI-SF) - para avaliar os sintomas de ansiedade em adultos idosos no projeto.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à alteração proposta, emitindo o seu parecer favorável à realização do projeto, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 20 de abril de 2020.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)

Anexo: Pedido de adenda